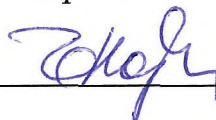


федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение
высшего образования «Уральский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии

Допустить к защите:
Зав. кафедрой клинической психологии
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко



ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ С СИТУАЦИОННО- ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ:

37.05.01 - Клиническая психология

КВАЛИФИКАЦИЯ: клинический психолог

Дата защиты: 2 февраля 2018г.

Оценка: отлично

Автор работы,
студент группы ОКП-602
Максимова Ксения Владимировна



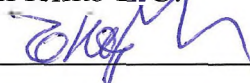
Руководитель работы,
д.пс.н., профессор

Жукова Н.В.

Рецензент,

д.пс.н., профессор

Набойченко Е.С.



СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Теоретические основы исследования нарушений когнитивных функций у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами	9
1.1 Ситуационно-обусловленные депрессивные расстройства личности	9
1.2. Нарушение когнитивных функций у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами	18
1.3. Психотерапевтические подходы к психокоррекции эмоциональных расстройств.....	23
1.4. Арт-терапия и музыкальная терапия в психокоррекции эмоциональных расстройств.....	31
Глава 2. Эмпирическое исследование динамики когнитивных функций у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами	39
2.1. Дизайн исследования.....	39
2.2. Результаты исследования и их обсуждение.....	45
Заключение.....	59
Список использованных источников	61
Приложения.....	64

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире более 150 миллионов человек страдает тяжелой депрессией. И это только зафиксированные случаи, на самом деле таких людей гораздо больше, так как зачастую аффективные нарушения начинают развиваться у человека в соматовегетативной симптоматике, поэтому большинство таких людей наблюдаются у врачей общетерапевтического профиля. Депрессивные состояния в 40% случаев не диагностируются.

По статистике люди в возрасте 20-59 лет подвержены депрессии, при этом женщины страдают депрессией в 2 раза чаще мужчин. Примерно 18-25% женщин и 7-12% мужчин всего населения планеты хотя бы раз в жизни перенесли отчетливое депрессивное состояние. По данным отечественных исследований около 15 миллионов россиян страдают депрессией. В настоящее время термином «депрессия» обозначают группу состояний различного происхождения, сопровождающихся устойчивым снижением настроения и значительным падением жизненного тонуса и психической активности. Критериями депрессивного эпизода согласно современной классификации МКБ-10 являются:

- снижение энергии и повышенная утомляемость;
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель.

Так же выделяют ряд дополнительных признаков:

- ☐ снижение способности к сосредоточению и вниманию;
- ☐ снижение самооценки и чувства уверенности в себе;
- ☐ идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях);
- ☐ мрачное и пессимистичное видение будущего;
- ☐ нарушенные сон и аппетит;
- ☐ идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства.

Проявления депрессии могут быть очень разнообразны и варьируются в зависимости от формы расстройства. Типичными признаками депрессии являются:

1. Эмоциональные проявления, такие как:

- ☐ тоска, угнетенное и подавленное настроение;
- ☐ тревога, чувство внутреннего напряжения, ожидание беды;
- ☐ снижение интереса к окружающей действительности;
- ☐ снижение или утрата способности получать удовольствие от ранее приятных занятий.

2. Физиологические проявления:

- нарушения сна;
- изменение аппетита;
- снижение сексуального влечения;
- боли и неприятные ощущения в теле;
- повышенная утомляемость при обычных нагрузках.

3. Поведенческие проявления:

- пассивность и трудность целенаправленной деятельности;
- избегание контактов;
- отказ от развлечений;
- алкоголизация и злоупотребление психоактивными веществами.

4. Мыслительные проявления:

- ☐ трудности сосредоточения и концентрации внимания;
- ☐ трудности в принятии решений;
- ☐ преобладание мрачных и негативных мыслей о себе, о жизни и о мире в целом;
- ☐ пессимистичное видение будущего с отсутствием перспективы, мысли о бессмысленности жизни;
- ☐ мысли о самоубийстве;
- ☐ замедленность мышления

Таким образом, мы можем сказать о том, что аффективные расстройства, в

частности депрессивные эпизоды, сопровождаются различными проявлениями. При психокоррекционной работе стоит обращать внимание на эмоциональное состояние человека, но для того, чтобы после прохождения лечения человек снова смог адаптироваться в социуме, не стоит так же забывать о том, что психокоррекция должна касаться и когнитивных функций, а именно: памяти, внимания и мышления.

В работе под ситуационно-обусловленным депрессивным расстройством мы будем понимать депрессивное состояние, вызванное психотравмирующей ситуацией.

В настоящее время в психокоррекционной работе с депрессивными пациентами разработано огромное количество различных подходов и направлений. Но особое место в психотерапии депрессий занимают следующие направления:

1. Психодинамическое направление

Методы данного направления берут свое начало в работах по психоанализу Зигмунда Фрейда. Осуществляя психокоррекцию в психодинамическом ключе психолог работает с осознанием человека своих вытесненных эмоций и воспоминаний. Целью является понимание и принятие вытесненных моментов в подсознательную сферу, которые становятся истинными причинами депрессии.

2. Когнитивно-поведенческое направление

Основу этого направления заложили И. П. Павлов и Б. Скиннер, именно они ввели понятия классическое и оперантное обусловливание. Затем А. Бандура ввел в теорию об обусловливании понятие и важность когнитивных процессов в регуляции поведения. Далее А. Бек рассмотрел работу с депрессивными расстройствами в данном направлении. В нашей стране наиболее успешно и эффективно в когнитивно-поведенческом направлении работают Д. В. Ковпак и Л. Л. Третьяк.

Целью данного направления является обучение пациента приспособительным умениям и навыкам, которые помогут ему при столкновении с теми или иными психотравмирующими событиями совладать со

своими мыслями, а следовательно и с реакцией и поведением в той или иной ситуации.

В настоящее время когнитивно-поведенческая терапии депрессивных расстройств является наиболее эффективной. Именно по этой причине в своем исследовании мы придерживались взглядов данного направления и авторов, которые работают именно в этом ключе.

Цель исследования: изучение динамики когнитивных функций у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами в процессе психокоррекции.

Объект исследования: когнитивные функции у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами.

Предмет исследования: динамика когнитивных функций в процессе психокоррекции пациентов с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами.

Гипотеза: можно предположить, что включение в процесс психокоррекции пациентов с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами групповых занятий по музыкальной и арт-терапии, интегрируя эмоциональный опыт будет влиять на динамику когнитивных функций.

Задачи:

1. Изучить теоретические подходы к понятию ситуационно-обусловленное депрессивное расстройство.
2. Проанализировать проблемы когнитивных нарушений у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами.
3. Провести исследование нарушения когнитивных функций у данных лиц.
4. Провести групповые занятия по музыкальной и арт-терапии у данных лиц.
5. Проанализировать результаты работы и исследования и сделать выводы.

Методологическую и теоретическую базу исследовательской работы составили: бихевиористская концепция (И. П. Павлов, Б. Скиннер, А. Бандура),

когнитивно-поведенческий подход к психотерапии депрессии (А. Бек, А. Фримен, Д. В. Ковпак, Л. Л. Третьяк), психоаналитическая концепция (З. Фрейд, М. Кляйн), арт-терапия (А. И. Копытин).

Методы исследования:

□ **Теоретические:** методы теоретического анализа научной литературы по проблеме исследования, систематизация и обобщение имеющихся представлений по данной проблеме;

□ **Эмпирические:** клинико-психологический метод (исследование пациентов с помощью психологических методик и психометрических опросников); Методика «Таблицы Шульте»; Методика «Заучивание 10 слов» (А. Р. Лурия); Методика «Пиктограммы»; Методика «Классификации»; Методика «Исключение лишнего».

□ **Статистические методы:** критерий Шапиро-Уилка, критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни.

База исследования: выборка исследования была сформирована на базе отделения № 23 Свердловской областной клиник неврозов «Сосновый бор». В число испытуемых вошли 24 пациентов, из которых 9 мужчин и 15 женщин, страдающих депрессивными эпизодами разной степени тяжести, вызванные психотравмирующей ситуацией (шифр по МКБ-10: F 32). Возраст испытуемых составил от 20 до 44 лет. Средний возраст $31,2 \pm 9$ года.

Теоретическая значимость работы заключается в изучении различных подходов к диагностике и психотерапии депрессии, выявлении наиболее эффективных из них, а в заключении применение полученных результатов работы в практике. На основе полученных в результате изучения научных работ данных разработка программы психокоррекции, которая может использоваться с пациентами, находящимися в депрессии.

Практическая значимость работы заключается в пересмотре уже имеющихся научных знаний о проблеме, в открытии новых ресурсов. Полученные данные могут быть полезными в разработке комплексного подхода в психокоррекции пациентов с депрессией, что поможет в более короткие сроки

адаптировать пациентов в социальном плане, интегрировать эмоциональный опыт и восстановить когнитивные функции.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ С СИТУАЦИОННО- ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.

1.1 Ситуационно-обусловленные депрессивные расстройства личности.

Обычно типичный депрессивный синдром характеризуют депрессивной триадой, включающей в себя: гипотимию (тоскливое настроение), замедление мыслительных процессов и двигательную заторможенность. Однако выраженность данных расстройств может различаться по их степени. Диапазон гипотимических расстройств может колебаться от легкой грусти, подавленности до глубокой тоски, при которой пациенты испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность и никчемность своего существования. Для таких людей все происходящее вокруг, их настоящее, будущее и прошлое воспринимаются в негативном ключе. В некоторых случаях тоска воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди, так называемая «предсердечная тоска». [3]

При выявлении депрессивного синдрома, замедление в ассоциативном процессе проявляется в обеднении мышления: мыслительный процесс значительно замедляется, мыслей мало, обычно они прикованы к актуальным неприятным событиям, таким, как болезни, идеи самообвинения. Никакие приятные события не могут переменить направление настоящих размышлений. Ответы на любые заданные вопросы у таких пациентов носят односложный характер, между вопросом и ответом наблюдаются длительные паузы, порой вопросы вообще остаются без ответов. Двигательная заторможенность при депрессии проявляется в замедлении движений и речи. Речь у таких пациентов становится тихой, медленной, их мимика скорбная, движения замедлены, однообразны. В некоторых случаях двигательная заторможенность достигает полной обездвиженности, что расценивается как депрессивный ступор. [1]

В некоторых случаях при депрессии двигательная заторможенность неожиданно сменяется приступом возбуждения, взрывом тоски (меланхолический раптус). В таком состоянии пациент внезапно вскакивает,

начинает биться головой об стену, царапать свое лицо. При этом он может вырвать себе глаз, разорвать рот, пораниться, разбить головой стекло, выброситься из окна. Как правило, пациенты в таком состоянии истошно кричат и воют. Если пациента удастся удержать, то приступ постепенно ослабевает, а затем снова наступает двигательная заторможенность. [35]

При депрессиях очень часто наблюдаются суточные и даже почасовые колебания настроения, что является наиболее характерным для эндогенных депрессий. В большинстве случаев в ранние утренние часы такие пациенты испытывают состояние безысходности, глубокую тоску и отчаяние. Именно в это время они представляют особую опасность для себя, так как суициды совершаются часто именно в эти часы.

Как правило, для депрессии свойственны идеи самообвинения, греховности, виновности, что также может приводить пациента к мысли о суициде. Пациент думает о том, что не только он плохой, но и мир, и окружение тоже плохие. Вместо переживания и чувства тоски при депрессии может возникнуть состояние «эмоционального бесчувствия». В таком состоянии пациенты могут говорить, что они потеряли способность переживать, утратили чувства. Такое состояние называют болезненным психическим бесчувствием, а депрессия носит название анестетической. [18]

В зависимости от того, какой компонент преобладает в структуре депрессивного синдрома, выделяют тоскливую, тревожную, апатическую депрессии, а также и другие варианты депрессивного состояния.

В аффективном звене классической депрессивной триады О. П. Вертоградова выделяет три основных компонента: тоску, тревогу и апатию. Нарушения идеаторных и моторных компонентов депрессивной триады могут быть представлены двумя вариантами расстройств: торможением и расторможенностью. [10]

Тревожная депрессия. Характеризуется тягостным, мучительным ожиданием неизбежного конкретного несчастья, пациент уверен, что что-то должно произойти. В большинстве случаев сопровождается однообразным двигательным и речевым возбуждением. В данном состоянии, как упоминалось

выше, пациенты убеждены, что должно произойти что-то непоправимое, в чем они, возможно, виноваты. В ряде случаев двигательное возбуждение достигает состояния неистовства: пациенты мечутся, охают, стонут, причитают, выкрикивают отдельные слова, а также могут наносить себе различные повреждения. [7]

Апатическая депрессия. Для данного типа депрессии характерно ослабление всех побуждений. Пациенты в таком состоянии вялы, безучастны к окружающему миру, безразличны к своему состоянию и состоянию всех окружающих их людей. При этом пациенты неохотно вступают в контакт, не высказывают каких-либо определенных жалоб, часто говорят, что единственным их желанием является желание, чтобы их не трогали. [7]

Маскированная депрессия. Для маскированной депрессии характерно преобладание различных двигательных, чувствительных или вегетативных расстройств по типу депрессивных эквивалентов. Клинические проявления этой депрессии могут быть различными. Часто встречаются жалобы на расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы и системы органов пищеварения. Могут наблюдаться приступы болей в области сердца, желудка, кишечника. При этом боли могут перемещаться в другие участки тела. Такие расстройства как правило сопровождаются нарушениями сна и аппетита. Сами депрессивные расстройства недостаточно выражены и маскируются под соматическими жалобами. При маскированной депрессии пациент может длительно, упорно и безрезультатно лечиться у врачей различных специальностей. [7]

Реактивные депрессии. Реактивная депрессия как самостоятельное психогенное заболевание была выделена французским ученым Е. Регли в 1910 году. Выраженность депрессивных переживаний может быть различна, а диапазон их может колебаться от психологически адекватных переживаний утраты, сопровождающихся грустью и подавленностью, до витальной глубокой тоски с переживанием безысходности, невосполнимости утраты и идеями самообвинения. Реактивные депрессии могут содержать в себе компоненты вышеописанных видов депрессии.

Наиболее частой психической травмой, которая может привести к возникновению депрессивного синдрома, является ситуация «эмоционального лишения». Такой ситуацией может послужить потеря близкого, его смерть, отъезд или уход. «Эмоциональным лишением» является и переезд, особенно пожилого и одинокого человека, в другое место с утратой эмоциональных привязанностей и эмоциональных контактов, переезд в другую страну, а также вынужденная жизнь далеко от родины и близких людей. Симптоматика депрессивного синдрома возникает обычно спустя несколько дней после известия о случившемся несчастье или после стрессовой ситуации. Считается, что в эти дни происходит внутренняя обработка и оценка значимости потери, осознание того, какое место в жизни человека занимает данная ситуация. В момент получения известия о трагическом событии у части пациентов, у которых имеется предрасположенность к возникновению истерической или тревожной депрессии, наблюдаются кратковременные аффективно-шоковые реакции, которые могут быть как гипо-, так и гиперкинетическими. Такие реакции являются прогностическим признаком клинического варианта реактивной депрессии и представляют опасность для пациента в связи с тем, что в состоянии психомоторного возбуждения с аффективной суженностью сознания они могут внезапно совершить суицид. [4]

При истерическом варианте депрессии аффект тоски бывает менее глубоким, сочетается с недовольством, раздражительностью и показной капризностью. При такой депрессии тоска сопровождается демонстративным поведением и стремлением вызвать к себе сочувствие окружающих. Самоцель — это быть в центре внимания. Идей самообвинения не бывает или они носят нарочитый, демонстративный характер. Чаще имеется тенденция обвинять окружающих в своих несчастьях. Психогенные галлюцинации обычно яркие и сценopodobны: пациенты могут видеть целые сцены, связанные с психической травмой, или умершего родственника, могут разговаривать с ним, кормить его.

Выделяют два варианта реактивной депрессии: открытую и диссимулятивную. При варианте открытой депрессии имеются все признаки депрессивного состояния с переживанием тоскливого настроения,

слезливостью, заторможенностью, фиксацией на несчастье. В случае диссимулятивной депрессии отсутствуют активные жалобы на тоску, пациенты стараются не говорить о травмирующей ситуации, держатся тихо и незаметно. Переживания пациенты не раскрывают. Суицидальные мысли скрываются, суицидальные попытки готовятся и продумываются тщательно и заранее, и часто оказываются неожиданными для окружающих. [32]

Так же еще рассматривают депрессивный невроз (невротическая депрессия) – психогенно обусловленная легкая форма депрессии с преобладанием грустного настроения, адинамии, нередко с навязчивыми идеями и ипохондрически-сенестопатическими явлениями. Невротическая депрессия чаще развивается у людей, в преморбидном состоянии которых отмечаются прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, а также бескомпромиссность. Данным лицам свойственна аффективная яркость переживаний со стремлением сдерживать внешние проявления эмоций. Психотравмирующие ситуации существуют достаточно длительное время, отрицательные эмоции, вызванные ими, подавляются пациентом. Тем не менее, отрицательные эмоции подавить полностью и бесследно невозможно. При подавлении эмоциональный разряд разрешается по вегетативным путям. В таком случае у пациента возникают вегетативно-соматические расстройства, что мы и можем наблюдать на первом этапе невротической депрессии. После данного этапа начинает нарастать пониженное настроение, которое сами пациенты исключительно редко связывают с травмирующим обстоятельством. [39]

Если обратиться к Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), то мы увидим следующее. Депрессии включены в рубрики F30 — F39 под названием расстройства настроения (аффективные расстройства). Этот блок включает в себя расстройства, при которых основным нарушением является изменение эмоций и настроения в сторону депрессии (с тревогой или без нее) или в сторону приподнятости. Изменения настроения обычно сопровождаются изменениями общего уровня активности. Большинство других симптомов являются вторичными или легко объясняются на фоне

изменений настроения и активности. Такие расстройства чаще всего имеют тенденцию к повторению, причем начало отдельного эпизода нередко может связываться со стрессовыми событиями и ситуациями. [30]

В нашей работе следует рассматривать несколько определений по МКБ-10.

F32. Депрессивный эпизод

В легких, средних или тяжелых типичных случаях депрессивных эпизодов у больного отмечаются пониженное настроение, уменьшение энергичности и падение активности. Снижена способность радоваться, получать удовольствие, интересоваться, сосредоточиваться. Обычным является выраженная усталость даже после минимальных усилий. Обычно нарушен сон и снижен аппетит. Самооценка и уверенность в себе почти всегда снижены, даже при легких формах заболевания. Часто присутствуют мысли о собственной виновности и бесполезности. Пониженное настроение, мало меняющееся день ото дня, не зависит от обстоятельств и может сопровождаться так называемыми соматическими симптомами, такими, как потеря интереса к окружающему и утрата ощущений, доставляющих удовольствие, пробуждение по утрам на несколько часов раньше обычного времени, усиление депрессии по утрам, выраженная психомоторная заторможенность, тревожность, потеря аппетита, похудание и снижение либидо. В зависимости от числа и тяжести симптомов депрессивный эпизод может классифицироваться как легкий, умеренно выраженный и тяжелый.

F33. Рекуррентное депрессивное расстройство

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии, соответствующими описанию депрессивного эпизода (F32), без наличия в анамнезе самостоятельных эпизодов подъема настроения и прилива энергии (мании). Однако могут быть краткие эпизоды легкого подъема настроения и гиперактивности (гипомания) сразу же после депрессивного эпизода, иногда вызванные лечением антидепрессантами. Наиболее тяжелые формы рекуррентного депрессивного расстройства (F33.2 и F33.3) имеют много общего с прежними понятиями, такими, как маниакально-депрессивная депрессия,

меланхолия, витальная депрессия и эндогенная депрессия. Первый эпизод может возникнуть в любом возрасте, начиная с детства и до старости. Начало его может быть острым или незаметным, а продолжительность - от нескольких недель до многих месяцев. Никогда полностью не исчезает опасность того, что у больного рекуррентным депрессивным расстройством не возникнет маниакального эпизода. Если такое произойдет, диагноз должен быть изменен на биполярное аффективное расстройство.

F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии. Текущий эпизод значительно выражен, без психотических симптомов и без мании в анамнезе.

- ☐ Эндогенная депрессия без психотических симптомов
- ☐ Значительная депрессия, рекуррентная без психотических симптомов
- ☐ Маниакально-депрессивный психоз, депрессивный тип без психотических симптомов
- ☐ Витальная депрессия, рекуррентная без психотических симптомов

F33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии. Текущий эпизод значительно выражен, сопровождается психотической симптоматикой, но без указаний на предыдущие эпизоды мании.

1. Эндогенная депрессия с психотическими симптомами
2. Маниакально-депрессивный психоз, депрессивный тип с психотическими симптомами

Повторные тяжелые эпизоды:

1. Значительной депрессии с психотическими симптомами

2. Психогенного депрессивного психоза
3. Психотической депрессии
4. Реактивного депрессивного психоза

Согласно DSM-IV, диагностическому руководству, принятому к использованию в США, диагноз большого депрессивного эпизода ставится при наличии пяти или более следующих симптомов, отмечавшихся в течение 2-х недель [41]:

А: - Подавленное настроение большую часть дня, почти ежедневно, по самоотчету (например, чувство печали или пустоты) либо по наблюдениям окружающих (слезливость). Примечание: у детей и подростков может отмечаться повышенная эмоциональная возбудимость;

- Заметное уменьшение интереса или удовольствий практически во всех сферах большую часть дня, почти ежедневно (по самоотчету либо по наблюдениям окружающих);

- Утрата энергии или снижение активности почти ежедневно.

В: - Значительная потеря веса без специальных диет или увеличение массы тела (в частности, изменение веса на 5% или более в течение месяца), а также снижение или усиление аппетита почти ежедневно. Примечание: у детей принимается во внимание отсутствие естественной прибавки веса;

- Бессонница или сонливость почти ежедневно;

- Психомоторное возбуждение (ажитация) или заторможенность почти ежедневно;

- Чувство несостоятельности или чрезмерной и необоснованной вины почти ежедневно (не просто самоупреки или чувство вины по поводу болезненного состояния);

- Сниженная способность мыслить или сосредоточиться, а также нерешительность почти ежедневно (по самоотчету либо по наблюдениям окружающих);

- Периодически возникшие мысли о смерти (не только страх смерти),

периодически суицидальные мысли без специальной разработки или суицидальные попытки или разработанный план для совершения суицида.

В DSM-IV выделяются следующие виды депрессивного расстройства:

1. Дистимическое расстройство
2. Большое депрессивное расстройство
3. Большое депрессивное расстройство, рекуррентное
 - в полной ремиссии
 - в частичной ремиссии
 - легкое
 - умеренное
 - тяжелое без психотических симптомов
 - тяжелое с психотическими симптомами
 - неуточненное
4. Большое депрессивное расстройство, первый эпизод
 - в полной ремиссии
 - в частичной ремиссии
 - легкое
 - умеренное
 - тяжелое без психотических симптомов
 - тяжелое с психотическими симптомами
 - неуточненное
5. Депрессивное расстройство неуточненное.

Депрессивный эпизод может дополнительно характеризоваться как:

- кататонический/меланхолический/начавшийся в послеродовой период.

1.2. Нарушение когнитивных функций у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами.

Симптомы расстройства когнитивных функций, согласно классификации МКБ-10, также являются критериями депрессивного состояния. В их число входят сложности с принятием решений, расстройства внимания,

психомоторные нарушения и другое.

По данным статистики, пациенты с депрессией нередко демонстрируют расстройства когнитивных функций. В частности, сочетание депрессии и когнитивных нарушений средней тяжести встречается у 27% пациентов, а тяжелые когнитивные расстройства — у 13% пациентов с депрессией. Следует также добавить, что у более чем половины депрессивных пациентов нарушения когнитивных функций приводит к нетрудоспособности. Рассмотрим когнитивные нарушения более подробно.

Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся триадой симптомов (триада Крепелина): подавленным настроением или тоской, идеаторной и двигательной заторможенностью [26]. Как видно из данного определения, когнитивный компонент (идеаторный) вносит существенный вклад в общую картину депрессии, что находит отражение в описании клинических симптомов и диагностических критериев депрессии.

В последние годы когнитивному аспекту депрессии уделяется особое внимание. Показано, что коррекция когнитивных расстройств имеет первостепенное значение для нормализации повседневного функционирования пациентов при достижении ремиссии, в частности для восстановления нарушенной трудоспособности [4].

По данным опроса, который был проведен в 2016 году на базе клиники неврозов им. И.П. Павлова в Санкт-Петербурге, пациентов с установленным диагнозом депрессии, трудности концентрации и снижение умственной работоспособности ощущаются ими почти все время. И даже несмотря на нормализацию эмоционального состояния во время ремиссии, пациенты нередко продолжают испытывать когнитивные затруднения, что мешает в работе и повседневной жизни [18]. Эти данные подтверждают значимость когнитивных расстройств, что необходимо учитывать при выборе тактики лечения депрессии. Таким образом, достижение удовлетворительного уровня повседневного функционирования невозможно без восстановления нормального уровня умственной работоспособности пациента, то есть без дополнительного воздействия на когнитивную сферу.

Развитие когнитивной дисфункции при депрессии имеет как психологические, так и биологические (нейрохимические, морфологические, патофизиологические) основы.

Когнитивные трудности у пациентов с депрессией могут быть связаны с негативным влиянием эмоционального состояния на способность к корректному распределению внимания (нарушение избирательности внимания). Так, пациент с депрессией обычно полностью поглощен своим эмоциональным переживанием, которое имеет влияние на него, занимая в мыслях центральное положение, в то время как восприятие, обработка, анализ и запоминание другой информации, не относящейся к содержанию эмоциональных переживаний пациента, закономерно нарушаются.

Негативное влияние на когнитивные процессы оказывает снижение мотивации, которое закономерно развивается у пациентов с депрессией. Снижение мотивации неизбежно влечет за собой снижение активности познавательной деятельности, что в конечном итоге отрицательно сказывается на общей результативности решения когнитивных задач. [5]

Депрессия сопровождается снижением синтеза и активности церебральных нейротрансмиттеров, что считается на сегодняшний день ключевым нейрохимическим механизмом формирования эмоциональных нарушений. Описывается снижение синтеза и активности в головном мозге таких медиаторов, как серотонин, норадреналин, дофамин. Указанные изменения, безусловно, могут приводить не только к эмоциональной, но и к когнитивной дисфункции. В частности, дофаминергические системы головного мозга (мезокортикальный дофаминергический путь) играют важную роль в распределении и переключении внимания и осуществлении когнитивного контроля за выполнением намеченной программы. Активация норадренергической системы необходима для более эффективного запоминания информации, поступающей от органов чувств. Серотонинергическая система головного мозга участвует в формировании мотивации для познавательной деятельности. Таким образом, снижение синтеза и активности дофамина, норадреналина и серотонина, наблюдаемое при депрессии, можно

рассматривать как нейрохимическая основа для формирования когнитивного синдрома. [14]

Характерным симптомом депрессии является нарушение сна. Вторичная, то есть связанная с эмоциональным расстройством, инсомния также может влиять на формирование когнитивной дисфункции при депрессии, поскольку во сне завершается процесс обработки и закрепления в памяти информации, полученной в течение дня. Недостаточность сна приводит к снижению активации коры головного мозга со стороны стволово-подкорковых структур. Клинически это будет проявляться снижением концентрации внимания, активности и темпа познавательной деятельности, что, как уже говорилось выше, весьма характерно для депрессии. [10]

В настоящее время принято выделять «холодные» и «горячие» когнитивные симптомы депрессии. К «холодным» симптомам относятся когнитивные расстройства при работе с эмоционально индифферентной информацией. При этом отмечается снижение активности и скорости познавательной деятельности: все когнитивные процессы (восприятие, обработка, анализ, преобразование, передача информации) осуществляются в замедленном темпе. Пациенты становятся медлительными, любая мнестическая, интеллектуальная и двигательная активность требует у них больше времени, чем в норме. У них быстрее развивается усталость, что часто находит свое отражение в жалобах на повышенную утомляемость при умственной работе. [6]

Другая характерная жалоба – трудность сосредоточения или трудность поддержания должного уровня внимания в течение необходимого времени. Объективно при нейропсихологическом исследовании отмечается нарушение нейродинамики когнитивных процессов. Согласно А.Р. Лурии, под термином «нейродинамика» понимают степень активации коры головного мозга со стороны стволово-подкорковых структур. Снижение нейродинамики проявляется увеличением времени реакции на внешние стимулы, снижением концентрации внимания и повышенной отвлекаемостью от проводимой интеллектуальной работы. Для диагностики нейродинамических расстройств используются методики, в которых учитывается время выполнения

интеллектуальных заданий. Широко применяются исследование литеральных ассоциаций (назвать за минуту как можно больше слов на букву С), проба Шульте, тест связи цифр и букв, часть А. [6]

К «холодным» проявлениям когнитивной дисфункции при депрессии относится также нарушение памяти. Пациенты жалуются на повышенную забывчивость, которая может мешать в работе, повседневных бытовых делах, обучении. По данным нейропсихологических методов исследования, в основе нарушений памяти при депрессии лежит недостаточность воспроизведения при относительной сохранности запоминания и хранения информации. Об этом свидетельствует относительная мягкость мнестических расстройств, которые почти никогда не распространяются на текущие или отдаленные события жизни, эффективность подсказок при воспроизведении, сохранная способность к опознанию ранее полученной информации в пробах с предоставлением пациенту множественного выбора. [6]

Когнитивные расстройства при депрессии могут иметь как объективный, так и преимущественно субъективный характер. Под объективными когнитивными нарушениями понимаются расстройства, которые подтверждаются выходящими за нормы результатами нейропсихологических и патопсихологических тестов. О преимущественно субъективных когнитивных расстройствах принято говорить в тех случаях, когда пациенты предъявляют жалобы когнитивного характера (повышенная забывчивость, трудность сосредоточиться, повышенная утомляемость при умственной работе), но результаты проведенных тестов остаются в пределах нормы для данного возраста и уровня образования. Следует подчеркнуть: преимущественно субъективные когнитивные расстройства имеют не меньшее значение, чем объективные, так как снижают качество жизни пациентов и по меньшей мере в ряде случаев отражаются на эффективности их функционирования на работе и в социально-бытовой сфере.

К «горячим» когнитивным симптомам депрессии относится преимущественное перераспределение внимания пациента на негативную или отрицательно эмоционально окрашенную информацию. [6] Так, если пациенту предложить определить эмоциональное выражение лица на рисунке, он быстрее

опознает грустное выражение лица по сравнению с веселым или нейтральным выражением. Кроме того, грустное лицо привлечет внимание пациента на более длительный срок. Аналогичным образом отрицательно окрашенная информация запоминается пациентами с депрессией гораздо лучше, чем положительно окрашенная или нейтральная. По некоторым наблюдениям, элементы «горячих» когнитивных расстройств отмечаются у клинически здоровых (то есть без депрессии) лиц, генетически предрасположенных к рекуррентному аффективному расстройству. Эти данные позволяют предположить, что изменения в когнитивной сфере могут быть не только осложнением депрессии или параллельным симптомом, но и причиной возникновения депрессии.

1.3. Психотерапевтические подходы к психокоррекции эмоциональных расстройств.

При изучении психоаналитических концепций депрессии было выявлено, что исследование депрессии начинается с классической работы З. Фрейда «Печаль и меланхолия» (1917). Возникновение депрессии в данной работе связывают с утратой любимого объекта, но в отличие от «работы печали», когда сохраняется принцип реальности, меланхолия вызвана «бессознательной потерей», связанной с нарциссическим характером привязанности и интроекцией свойств объекта любви. По мнению Фрейда, внешне направленная на себя агрессия в виде лишения энергии и самообвинений, при депрессии направлена на утерянный объект, превратившийся в результате идентификации в часть Эго, на которое личность не может злиться. Психоаналитики предполагают, что предрасположенность к страданию формируется на оральной стадии развития младенца, в период его максимальной беспомощности и зависимости. Утрата объекта либидо, то есть любви (реального или воображаемого), приводит к регрессии, при которой Эго переходит в состояние доминирующей инфантильной травмы. Возникновение депрессии связано не с реальным, а «внутренним объектом», чьим прообразом является мать или даже материнская грудь, удовлетворяющая витальные потребности младенца. Травматические переживания, связанные с отнятием от груди, формируют неустойчивую самооценку, в результате чего пациенту не удастся достичь во взрослой жизни доверия к себе, и он возвращается к своей амбивалентной зависимости от груди. [38]

M.Klein (1948) усматривает происхождение депрессии именно в осознании этой амбивалентности. Введенное автором понятие «депрессивной позиции» описывает этап, через который проходит каждый ребенок (или пациент в анализе), осознавая, что его любовь и ненависть направлены на один и тот же объект - мать. Именно фиксация на депрессивной позиции, по Klein, становится причиной депрессивного расстройства [25]. В качестве общей генетической почвы депрессивного и обсессивного расстройств Winnicott (1958) видел невозможность успешного прохождения стадии депрессивной позиции.

Согласно его концепции, депрессия - это возвращение ко времени, когда ребенок делал первые успехи с помощью матери, а обсессия - к образу воспитывающей, сдерживающей и наказывающей матери. [12]

Общей принципиальной позицией психоаналитиков является признание всех депрессий экзогенным расстройством, возникшим в ответ на психотравмирующее событие.

Рассмотрим работу с депрессивным пациентом в рамках психоаналитической парадигмы. Большую часть работы с депрессивной личностью составляет анализирование предложений пациента о неизбежном отвержении и понимание его стремления быть «хорошим» в целях предотвращения отвержения. С менее нарушенными пациентами будет полезна работа на классической психоаналитической кушетке. [28]

По видимым причинам, с более нарушенными пациентами, которые страдают от симптомов большой депрессии, эффективная психотерапия потребует противоположных условий. Их предположения о собственной недостойной любви и ужасах отвержения настолько основательны и достоверны, что, не обладая свободой тщательно следить за лицом психотерапевта и без подтверждения недействительности своих наихудших страхов, они будут слишком тревожны, чтобы говорить свободно. При таких условиях психотерапевт должен уделить достаточно времени тому, чтобы продемонстрировать пациенту принятие, прежде чем даже сознательные ожидания отвержения у депрессивных пациентов смогут стать открытыми тщательной проверке и постепенному исправлению. [33]

Не менее важным в работе с депрессивными пациентами является необходимость исследования и интерпретирования их реакции на разделение и расставание - даже на разделение от психотерапевта, связанную с коротким молчанием во время сеанса психотерапии. Длительное молчание вызывает у пациента страх собственной безнадежности, растерянности, может вызывать тревогу.

Еще важнее, что они переживают потерю - обычно неосознанно, но близкие к психотическому уровню делают это иногда сознательно, делая это

доказательством их плохих индивидуальных свойств. Психотерапевту очень важно с пониманием относиться к тому, насколько беспокоящим для депрессивных пациентов являются обычные потери, но не менее важно и то, что психотерапевт интерпретирует их, пытаясь разъяснить пациенту их символическое значение.

В психотерапии депрессии большое значение имеет раскрытие внутренних фантазий пациента о самом себе, а не только оплакивания прошлых и настоящих сепараций со значимыми людьми. Основополагающее безоценочное принятие безусловно служит необходимым условием психотерапии депрессивных людей, но оно является недостаточным. Эта мысль поднимает вопрос о краткосрочной индивидуальной психотерапии с депрессивными пациентами. Лечение, которое ограничено определенным количеством сеансов, нередко обеспечивает желанный комфорт во время болезненных эпизодов клинической депрессии. Однако ограниченный по времени опыт, в конце концов, может быть пережит депрессивным пациентом как взаимоотношения, которые травматически прервались, тем самым, подтверждая его убежденность, что он недостаточно хорош, чтобы вдохновить психотерапевта на привязанность. [33]

Если контакт депрессивных пациентов с гневом и другими негативными чувствами поощряется, они нередко объясняют, почему не могут рискнуть и заметить собственную враждебность по отношению к психотерапевту тем, что не имеют права злиться на того, кто им необходим. Очень важно, чтобы психотерапевт не поддерживал подобных рассуждений. Вместо этого следует обратить внимание на то, что данный вопрос содержит скрытое предположение, что гнев приводит к расставанию с людьми. Для депрессивных пациентов часто становится открытием, что свобода при допуске негативных чувств увеличивает сближение с другим человеком, а состояние фальши и отсутствие контакта с данными чувствами приводит к изоляции.

Также следует позволить депрессивным пациентам самим решать вопрос об окончании лечения. Следует сообщить о том, что пациент может при необходимости обратиться за помощью. Поскольку причины депрессии так

часто включают в себя необратимые потери (которые вместо переживания безопасности при условии доступности понимающего родителя, приводят к тому, что растущий ребенок отрывается от всех связей и подавляет все регрессивные стремления) окончательная фаза лечения депрессивных пациентов должна быть осуществлена с особой заботой и гибкостью. [28]

Бихевиористские теории депрессии также как и психоаналитические, относятся к этиологическим, однако, в отличие от психоанализа, концентрирующегося на интрапсихических явлениях, в бихевиористских подходах внимание обращено к поведению, а рассуждения строятся на строго верифицированных феноменах.

Центральным конструктом, с помощью которого большинство поведенческих теорий объясняют возникновение депрессии, служит явление «обученной беспомощности» [34]. Этот феномен, наблюдаемый в опытах на животных, подвергшихся неизбежным ударам тока, был предложен в качестве аналога реактивной депрессии у человека. Предполагалось, что повторяющиеся воздействия неизбежной боли или угрозы ведут к страху, страданию и депрессии. Депрессивный аффект представляется как предвосхищение травматического события и следствие негативного обучения. Другие бихевиористы, используя термины теории оперантного научения, предполагают, что депрессивные пациенты утратили определенные виды адаптивного поведения в результате отсутствия подкрепления, и у них усиливается поведение «избавления» и «избегания». [2]

Подходы и методы в пределах бихевиористских теорий очень разнообразны. Ранние подходы опирались на представление о депрессии как следствии недостаточности позитивных поощрений из-за средовых проблем или недостаточности навыков коммуникации. Вмешательство предполагало контроль обстоятельств, тренинг социальных навыков, включая уверенность в себе, разрешение проблем и тренинг самоконтроля. В ходе клинических проверок поведенческая терапия показала себя почти такой же эффективной, как другие методы психотерапии, и более эффективной, чем малые дозы лекарств. [29]

Когнитивная теория депрессии (А. Бек 1967,1976, А. Бандура 1977,1983) основана на утверждении, что взгляд человека на себя, на мир и на свое будущее является главной обуславливающей депрессии. А. Бек утверждает, что познание является первичной основой эмоций, настроения и поведения. Негативный взгляд на себя заставляет депрессивного пациента рассматривать себя как «неадекватного» и «нестоящего», и объяснять собственные несчастья своими дефектами. Негативный взгляд на будущее заставляет его видеть впереди только негативные события и страданий. А.Бек объясняет большинство типичных депрессивных симптомов, таких как абулию, попытки суицида и самообесценивание как результат специфических когнитивных детерминант. По мнению А.Бека, депрессивные симптомы являются следствием своеобразных ложных «бессознательных умозаключений», и все проявления депрессивного синдрома являются следствием активации негативных когнитивных паттернов. Наблюдающиеся при депрессии поведенческие симптомы - отражение нарушения мотивационной сферы: паралич воли, избегающее поведение и так далее. В депрессии человек видит себя как слабого и беспомощного, ищет помощи от окружающих и постепенно становится все более и более зависимым от других. Физические симптомы объясняются А. Беком как общая психомоторная заторможенность, вытекающая из отказа от активности вследствие полной уверенности в бесперспективности любых начинаний и действий. [4]

В работах А. Бека представлен обширный анализ симптоматики и феноменологии депрессии. Он относит характеристики депрессии к пяти основным группам: эмоциональные, когнитивные, мотивационные, вегетативные и физические. Эмоциональные проявления выражаются часто наблюдающимися тоской или угнетенным настроением. Когнитивные проявления представлены склонностью депрессивного человека рассматривать себя как неполноценного в отношении того, что является для него наиболее важным. Мотивационные проявления представлены пассивностью, зависимостью, избеганием и абулией, а вегетативные и физические - потерей аппетита и расстройствами сна.

А. Бек выделяет следующие когнитивные паттерны, продуцирующие депрессивные состояния: когнитивная триада, когнитивные схемы и когнитивные ошибки. Взаимодействие всех этих паттернов способствует формированию чувства беспомощности и зависимости от окружающей среды депрессивного пациента. В силу определенных искажений мыслительных процессов правила строятся на основе неверных умозаключений типа «не быть успешным - значит быть полностью неуспешным». [4]

Часто в депрессивном состоянии возникают суицидальные идеи — мысли об умышленном лишении себя жизни в силу подавления инстинкта самосохранения. Суицидальные мысли могут иметь разную степень оформленности, стойкости и интенсивности в зависимости от характера депрессии, ее глубины и течения, а также особенностей ситуации. На высоте развития депрессии возможны импульсивные суицидальные попытки, однако, чаще всего суицидальные тенденции появляются при относительно неглубоких депрессиях без идеаторного и моторного торможения, со значительной выраженностью переживаний малоценности, идей самообвинения, депрессивной деперсонализации.

Созданная в начале 1960-х г.г., когнитивная терапия сегодня – наиболее эмпирически разработанное направление. А. Бек исходил из того, что реакции на жизненные события зависят от того, как человек их интерпретирует. Депрессия связана с иррациональными убеждениями и дизадаптивными стратегиями переработки информации. Соответственно, цель когнитивной терапии при всем многообразии ветвящихся от нее подходов – научить пациента распознавать эти иррациональные убеждения и дизадаптивные стратегии, и контролировать свои реакции. Когнитивная терапия часто применяет поведенческие техники, имеющие фоновый, служебный характер. Даже при использовании поведенческих экспериментов в ее структуре пациент не переделывает поведение, а использует его в качестве контроля своих когнитивных стратегий. Подчеркивается, что когнитивная терапия ставит реализм на место оптимизма: задача не в том, чтобы пациент начал «думать позитивно», а в том, чтобы он мог исследовать свое поведение и восприятие

мира, и осознать, как это восприятие влияет на его эмоциональное состояние и поведение. [3]

Специалисты по когнитивно-поведенческой терапии полагают, что для более устойчивого изменения поведения важно изменить убеждения человека. Большинство из них считают, что поведенческие процедуры сильнее влияют на когнитивные процессы, чем исключительно вербальные. Действительно, было выдвинуто предположение, что все терапевтические практики с успешным финалом дают человеку чувство умения или самоэффективности.

Эти формы терапии обычно направлены не только на помощь в преодолении беспокоящих мыслей, чувств и форм поведения, но также на предотвращение рецидивов после завершения терапии.

Несомненным достоинством когнитивно-поведенческой является отсутствие побочных эффектов. Особенно впечатляют данные об эффективности когнитивно-поведенческой терапии в предупреждении обострений, а также сведения о том, что применяемые во взрослой психиатрической клинике когнитивно-поведенческие методы снижения риска обострений могут снижать риск дебюта депрессии у детей и подростков. При этом даже самые успешные методы не гарантируют полного отсутствия обострений у всех пациентов и далеко не всегда способны повлиять на глубокие причины депрессии. [3]

Приверженцы экзистенциального направления работая с депрессией считают, что нужно концентрироваться на имеющихся проблемах клиента, возникших вследствие отсутствия гармонии с социальной средой, утраты чувства принадлежности к обществу и появления в результате этого чувства одиночества и отчуждения. Сторонники данного направления психотерапии предполагают, что депрессивное расстройство возникает в результате влияния многочисленных социально-психологических факторов, которые личность не в состоянии самостоятельно преодолеть. Под воздействием длительных травмирующих события или стрессового фактора у человека формируется стремление уйти из мира действительности в нереальный, фантазийный мир. В результате образуется так называемый «экзистенциальный вакуум», когда личность сама не понимает, для чего живет, и не понимает в чем для нее смысл

жизни. Целью терапии является осознание пациентом личной значимости, формирование адекватной самооценки и самоуважения, определение истинного смысла жизни. В первую очередь психотерапевт проводит работу для восстановления и пересмотра духовных, моральных, этических ценностей, принятия себя и других в реальности, развития самостоятельности мышления и естественности поведения. [13]

Психотерапия депрессии в гуманистическом подходе основана исключительно на возможностях и способностях человека. Представители данной ориентации убеждены, что каждая личность способна преодолеть свои проблемы, если у нее для этого существуют значимые стимулы. Условием достижения успеха в проводимой работе является освобождение пациента от неуверенности в себе, боязни поражения, страха неудач. Лишь избавившись от этих комплексов, человек получает возможность реально воспринимать сущность своей проблемы и становится готовым к ее разрешению. В ходе сеансов психотерапевт добивается у пациента того состояния, когда он может свободно и откровенно говорить о своих мыслях, переживаниях, ощущениях, страхах. Специалист воспринимает всю слышимую информацию без похвал и критических замечаний, акцентируя внимание пациента на внутреннее состояние и испытываемые эмоции. Работа психотерапевта направлена на развитие чувства уверенности у пациента, формирование заинтересованности и увлеченности, смену негативных ощущений на положительные.

1.4. Арт-терапия и музыкальная терапия в психокоррекции эмоциональных расстройств

При изучении литературных источников по арт-терапии было выявлено, что арт-терапия возникла в контексте психоаналитических идей З. Фрейда и К. Юнга: ведь свобода самовыражения и использование воображения позволяют столкнуться лицом к лицу сознательное и бессознательное пациента.

Арт-терапия — один из самых мягких, но и в то же время самых глубоких методов в арсенале психотерапевтов, который не имеет ограничений и противопоказаний. Данный метод используется в ходе психотерапии или психологического консультирования с целью активации образно-ассоциативной сферы пациента, способствует преодолению психологических защит и сопротивления. Изучая метод арт-терапии мы выявили, что он наиболее эффективен в работе с депрессивными и зависимыми пациентами, с психологической травмой, внутриличностными конфликтами, с символическим обозначением ресурсов, интегрируется практически во все направления психотерапии. [19]

В последние годы арт-терапия, как лечение искусством, все чаще в некоторых западных странах признается в качестве самостоятельной специальности. За рубежом уже разработаны критерии профессиональной подготовки арт-терапевтов. В то же время в России, арт-терапия пока еще не имеет статуса самостоятельной специальности и рассматривается как совокупность методов, которые могут быть освоены и использованы психотерапевтами, психологами или другими специалистами. На сегодняшний день многие современные исследователи все больше обращаются в сторону различных видов искусства в поиске профилактических, лечебных, коррекционных средств. В лечебно-реабилитационной практике психиатрии и психотерапии используются разные модели арт-терапии, а именно психотерапия посредством изобразительного творчества, драматерапия, танцевально-двигательная терапия и музыкальная терапия. Они складываются постепенно, вместе с развитием методов лечения психических расстройств и

структурными изменениями системы психиатрического обслуживания. Эффективность применения арт-терапии в лечении и реабилитации, например, депрессивных и зависимых пациентов в нашей стране до последнего времени практически не изучалась. Главной целью арт-терапии является гармонизация личности, поэтому значение метода особенно возрастает, когда речь заходит о депрессивных пациентах. Через прорабатывания блокированных и/или не осознаваемых чувств, эмоций, состояний средствами терапии искусств, происходит изменение стереотипов поведения, повышение адаптационных способностей, нахождение компенсаторных и ресурсных возможностей пациента, и в конечном итоге — успешное интегрирование этого опыта в социум. [23]

Арт-терапия, представляя собой полноценный творческий акт, приносит автору удовольствие. Впрочем, пациентов просят выражать свои переживания как можно более спонтанно и произвольно, не заботясь о художественных достоинствах своих работ. При проведении арт-терапии важен творческий акт как таковой, а также особенности внутреннего мира пациента, которые раскрываются в процессе работы.

Арт-терапия позволяет:

- ☐ дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам;
- ☐ облегчить процесс терапии;
- ☐ проработать мысли и чувства, которые пациент привык подавлять. Иногда невербальные средства являются единственно возможными для выражения сильных переживаний;
- ☐ наладить отношения между психологом и пациентом. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать взаимному принятию;
- ☐ сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах. Арт-терапия дает хорошую возможность для экспериментирования с кинестетическими и

зрительными ощущениями.

Как уже говорилось выше, музыкальная терапия является одним из видов арт-терапии. Рассмотрим данный вид терапии подробнее. Музыкотерапия является наиболее древней и естественной формой коррекции эмоциональных состояний, которой многие люди пользуются, чтобы снять накопленное психическое напряжение, успокоиться, сосредоточиться и расслабиться.

В том, что музыка способна воздействовать на человеческий организм, убеждать никого не нужно: недаром матери во все века и во всех странах поют детям колыбельные песни. Современная медицина воспользовалась давно накопленными наблюдениями и разработала метод лечения музыкой. Именно так родилась музыкотерапия.

Но на самом деле, музыкальная терапия существует едва ли не столько же, сколько и человек разумный. Русский психолог Сергей Леонидович Рубинштейн объяснял возникновение музыки тем, что в природе все подчинено определенным внутренним ритмам, и только психика человека не является ритмичной. Человек создал музыку, чтобы она помогала строить и жить, в самом прямом смысле, чтобы придать ритм и гармонию своей психической жизни.

Музыкотерапия - психотерапевтический метод, основанный на целительном воздействии музыки на психологическое состояние человека. Музыкотерапия официально признана в Европе в девятнадцатом веке, когда ее стали использовать в практике передовые врачи. Расцвет музыкотерапии приходится на двадцатое столетие. В 1961 году в Англии разработали первую программу музыкотерапии, а через пятнадцать лет там создали центр музыкотерапии. [24]

В Германии с музыкой медики стали серьезно работать с 1978 года, а в 1985 году основали институт музыкотерапии. В Америке ассоциация музыкальной терапии возникла в 1950 году и на сегодняшний день она объединяет более трех тысяч врачей-музыкотерапевтов.

В наши дни музыкальную терапию применяют практически во всех странах Западной Европы. Например, в шведской школе, основателем которой считается А. Понтвик, исходным моментом является концепция психорезонанса, она

исходит из того, что глубинные слои человеческого сознания могут приходить в резонанс со звучащими гармоническими формами и таким образом выявляться наружу для анализа и понимания. Опираясь на понятия «коллективного бессознательного» и «архетип» К. Юнга. А. Понтвик разработал представление о путях проникновения в глубинные слои психики через пропорциональные соотношения звуков, дающие эффект обертонов. В американском направлении музыкальной психотерапии ее лечебный эффект основывается на идеях традиционного психоанализа. Стремясь во время сеанса добиться от пациента, чтобы он вспомнил эмоционально травмировавшие его ситуации, психотерапевт при помощи музыки доводит их до катарсиса и тем самым облегчает состояние пациента.

Ряд исследований демонстрируют анальгетические и релаксирующие свойства музыкотерапии, что нашло применение при лечении хронических болевых синдромов различной этиологии.

Применение музыки в качестве метода при лечении целого ряда заболеваний в силу эффективности, отсутствия побочных явлений и дешевизны, представляется достаточно перспективным и доступным для широкого применения.

Выявлено влияние музыки на нейроэндокринную функцию, в частности на уровень гормонов в крови, играющих чрезвычайно важную роль во всех эмоциональных реакциях. По современным представлениям, формирование целостных поведенческих реакций организма на различные внешние раздражители, в том числе и на музыку, осуществляется с помощью сложной функциональной системы, в частности на основе специфических нейрохимических механизмах подкорки, которые вследствие химического сродства избирательно мобилизуют соответствующие образования головного мозга для выполнения той или иной целенаправленной деятельности. [21]

На сеансах лечебной музыки устанавливается среда полного доверия и творческой релаксации. Доверие и связь между пациентом и психологом необходимы для лечебного процесса, в котором акцент помещен в разработку внутренних человеческих ресурсов. Музыкальные терапевты не «достаю

пациента расспросами о горе или болезни. Главное - войти в музыкальный контакт с его эмоциями и ощущениями. Часто именно это придает человеку сил в борьбе с недугом или попросту помогает разобраться в себе.

Различают пассивную и активную формы музыкотерапии. При пассивной музыкотерапии пациентам предлагают прослушивать различные музыкальные произведения, соответствующие состоянию их психологического здоровья и ходу лечения. Целью в данном случае является определенное эмоциональное, в том числе эстетическое, переживание, которое должно способствовать отреагированию тех или иных проблем и достижению новых смыслов.

Слушание музыки помогает развитию особого типа внимания и памяти, облегчает процесс преодоления трудностей, обеспечивая творческую среду для самовыражения. Музыка вызывает воспоминания и ассоциации. Активное слушание музыки в расслабленном и восприимчивом состоянии стимулирует мысли, образы и чувства, которые могут быть далее исследованы и обсуждены с психологом.

ВЫВОДЫ

Исходя из изученных данных по научной психологической литературе, следует сделать вывод о том, что ситуативно-обусловленное депрессивное расстройство можно называть реактивной депрессией. То есть, состоянием, вызванным у человека психотравмирующей ситуацией, такой как: потеря значимого близкого, смена привычного уклада жизни, утрата каких-либо значимых для человека качеств.

При этом, реактивная депрессия может протекать с преобладанием истерического компонента, когда пациент делает все, лишь бы быть в центре внимания.

Так же выделяют открытую и диссимулированную реактивную депрессию. При первом варианте у пациентов можно наблюдать все проявления депрессивного эпизода. Тогда как при варианте диссимулированной депрессии специалисту следует быть предельно внимательным к состоянию пациента. Такие больные неохотно идут на контакт, стараются не разговаривать на тему

психотравмирующего события, скрывают суицидальные мысли, которые уже могут быть тщательно продуманы.

Из научных трудов Э. Крепелина мы выделили, что когнитивные нарушения являются одним из составляющих «депрессивной триады».

Многие нейропсихологи говорят о том, что нарушения могут иметь не только психологические основы, но и биологические. Таким образом, на когнитивные функции имеет влияние снижение мотивации у пациентов с депрессивным расстройством. Нарушения сна влияют на память, при сокращении времени сна информация не успевает обработаться и закрепиться в памяти пациента. Также, негативное влияние на способность распределения внимания имеет эмоциональное состояние пациента с депрессией.

К биологическим основам когнитивных расстройств относят нарушения работы дофаминергических систем, норадренергической системы и серотонинергической системы. При этом происходит снижение синтеза и активности дофамина, норадреналина и серотонина, которое наблюдается при депрессии. Что соответственно можно рассматривать как нейрохимическую основу для формирования когнитивных нарушений.

Данные нарушения могут носить как объективный характер, который подтверждается данными проведенных тестов, так и субъективный, при котором тесты демонстрируют норму выполнения. При этом пациент может чувствовать себя несостоятельным и неспособным, на что тоже следует обращать внимание при психокоррекционной работе.

Изучив различные подходы к терапии депрессивных расстройств нами были выделены наиболее проработанные, ими являются психоаналитический подход и когнитивно-поведенческий.

При работе с депрессивным пациентом в психоаналитическом ключе основным является принятие пациента, а точнее важности его проблем. Так же следует работать с умением выражать свои негативные эмоции, для того, чтобы пациент понимал, что именно честное и открытое выражение негативных эмоций, в частности агрессии, дает возможность сближения с человеком.

В то время как в когнитивно-поведенческой терапии центральное место занимает работа с иррациональными убеждениями депрессивного пациента. В данном подходе важным является то, что восприятие себя, мира и будущего у таких пациентов негативно, и заложено это на когнитивном уровне, а точнее в убеждениях. Следовательно, работа проводится не только на поведенческом уровне, а в большей степени на мыслительном. Пациенту объясняется, что негативные мысли приводят к негативным эмоциям и поведению. И чтобы изменить свое поведение, нужно проработать те иррациональные убеждения, которые заложены в детстве.

Таким образом, в нашей работе за основу взят когнитивно-поведенческий подход, как наиболее эффективный и научно обоснованный.

Как уже говорилось выше, существует множество различных подходов к терапии депрессий. Но на наш взгляд уделяется мало внимания тем или иным техникам психотерапии, в частности таким как арт-терапии и музыкальная терапия.

Арт-терапия позволяет пациенту проработать свои переживания, которые он не осознает, через рисунки, обсуждение этих рисунков с психологом. Данная техника помогает специалисту выделить наиболее значимые проблемы в структуре личности депрессивного пациента. Также, визуализируя свою проблему, пациент расширяет свою осознанность.

Музыкальная терапия наиболее действенно влияет на эмоциональное состояние человека. А так как пациент, находящийся в депрессии, в первую очередь жалуется на ухудшение своего настроения, музыкальная терапия может помочь восстановить эмоциональный фон, тем самым приведя в норму сон, а следовательно и улучшить когнитивные функции таких пациентов.

Исходя из этих данных нами была разработана программа музыкальной терапии с элементами арт-терапии для пациентов с ситуативно-обусловленными депрессивными расстройствами.

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ С СИТУАЦИОННО- ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

2.1. Дизайн исследования

Цель исследования: изучение динамики когнитивных функций у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами в процессе психокоррекции (до и после проведения занятий по групповой музыкальной и арт-терапии).

Выборка исследования была сформирована на базе отделения № 23 Свердловской областной клиник неврозов «Сосновый бор». Клиника занимается лечением людей, чьи проблемы вызваны ежедневными стрессовыми ситуациями и высоким уровнем психологического напряжения, что вследствие может приводить к:

- неврозам и неврозоподобным расстройствам;
- разного типа депрессиям, тревожным расстройствам, фобическим расстройствам;
- психосоматическим заболеваниям внутренних органов;
- различными видами аддикциям

В частности отделение №23, где непосредственно проводилась исследовательская работа, занимается лечением и психотерапией людей:

- страдающими депрессиями, расстройствами сна, тревожными и другими расстройствами;
- психически здоровых людей, переживающих кризисные психические состояния после тяжелых психологических травм и потерь;
- страдающих психосоматическими расстройствами;
- здоровых людей, переживающих высокое эмоциональное напряжение;
- с паническими атаками и фобиями;
- психологической зависимости от наркотиков и алкоголя.

В число испытуемых вошли 24 пациентов, из которых 9 мужчин и 15 женщин, страдающих депрессивными эпизодами разной степени тяжести, вызванные психотравмирующей ситуацией (шифр по МКБ-10: F 32). Возраст испытуемых составил от 20 до 44 лет. Средний возраст $31,2 \pm 9$ года. В работе с пациентами были соблюдены все этические нормы проведения исследования: было получено предварительное согласие от пациентов на использование их личных данных с учётом полной конфиденциальности; Ф. И. О. представлены в закодированном виде.

Причиной исследования данной выборки является отсутствие исчерпывающего, достоверного материала в области изучения когнитивных функций у пациентов с ситуационно-обусловленным депрессивным расстройством.

Для исследования использовались методы клинической беседы, наблюдение, а также были использованы пять патопсихологических методик.

Исследование когнитивных функций у пациентов с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами проводилось с помощью следующих методик:

Методика «Таблицы Шульте». Методика предназначена для исследования следующих параметров внимания: устойчивость внимания, эффективность работы, степень вrabатываемости, психическая устойчивость. Может быть использована для исследования психического темпа, для выявления скорости ориентировочно-поисковых движений взора, для исследования объема внимания (к зрительным раздражителям). «Таблицы Шульте» представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в случайном порядке в клетках. Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры. Испытуемому предлагается подряд пять неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке.

Экспериментатор регистрирует время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. Отмечаются следующие показатели:

1) превышение нормативного (40 - 50 секунд) времени, затраченного на указывание и называние ряда цифр в таблицах;

2) динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

По результатам данного теста возможны следующие характеристики внимания испытуемого:

1. концентрация внимания (нормальная, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, соответствующее нормативному; недостаточная – если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, превышающее нормативное);

2. устойчивость внимания (устойчиво – если не отмечается значительных временных отличий при подсчете цифр в каждой из четырех-пяти таблиц; неустойчиво – если отмечаются значительные колебания результатов по данным таблиц без тенденции к увеличению времени, затраченного на каждую следующую таблицу);

3. истощаемость внимания – если отмечается тенденция к увеличению времени, затрачиваемого испытуемым на каждую следующую таблицу.

Методика «Заучивание 10 слов» (А. Р. Лурия) предложена советским психологом, основателем отечественной нейропсихологии А. Р. Лурия. Методика позволяет исследовать объём, кратковременное и долговременное запоминание получаемой испытуемым информации.

Испытуемому предлагается набор из десяти несвязанных между собой слов (Пример набора: стол, вода, кот, лес, хлеб, брат, гриб, окно, мёд, дом). Экспериментатор читает слова медленно и чётко. В протоколе отмечается крестиком или цифрой порядок, точность воспроизведения слов после каждого предъявления. (Порядок воспроизведения слов может быть информативным при анализе способа запоминаемого материала.) Привносимые (не представленные в наборе) слова испытуемым в течение воспроизведения слов, также отмечается экспериментатором в протоколе.

Анализируемые показатели памяти:

- объем слухоречевого запоминания;
- скорость запоминания данного объема слов;
- объем отсроченного воспроизведения;
- особенности мнестической деятельности (наличие литеральных или вербальных парафазий и т.п.).

Оценка результатов:

☐ 4 балла - Высокий уровень - запомнил 9 - 10 слов после 5-го предъявления, 8-9 слов при отсроченном воспроизведении.

☐ 3 балла - Средний уровень - запомнил 6 - 8 слов после 5-го предъявления, 5 - 7 слов при отсроченном воспроизведении.

☐ 2 балла - Ниже среднего - запомнил 3 - 5 слов после 5-го предъявления, 3 - 4 слова при отсроченном воспроизведении.

☐ 1 балл - Низкий уровень - запомнил 0 - 2 слова после 5-го предъявления, 0 - 2 слов при отсроченном воспроизведении.

Методика «Исключение предметов». Для исследования была взята методика под авторством Б. В. Зейгарник. Методика «Исключение предметов» направлена на исследование особенностей мышления человека (понятийная сфера, обобщение, абстрагирование, умение выделять существенные признаки).

Экспериментатором предоставляется набор карточек с изображением четырёх предметов на каждой. Одна за другой карточки предъявляются испытуемому. Из изображённых на каждой карточке четырёх предметов пациент должен исключить один предмет, а остальным дать одно название. Когда лишний предмет исключён, испытуемому необходимо дать пояснение, почему он исключил тот или иной предмет, чем этот предмет отличен от других. Экспериментатор вместе с испытуемым выполняют и разбирают первую из предъявляемых карточек. Остальные испытуемый по мере возможности разбирает самостоятельно. Если у испытуемого возникают затруднения, экспериментатор задаёт ему наводящие вопросы.

В протокол записывается номер карточки, название предмета, который

испытуемый исключил, слово или выражение, при помощи которого были обозначены остальные три предмета; отмечаются объяснения испытуемого, все вопросы, которые ему были заданы, и его ответы по соответствующей предъявляемой карточке. На основе протокольных записей осуществляется оценка особенностей качества мышления у испытуемого. В исследовании были выделены следующие признаки, по которым пациенты исключали лишний предмет: ситуационный и категориальный. Из них категориальный признак соответствует нормальному показателю.

Методика «Пиктограмма» А. Р. Лурия (опосредованное запоминание). Целью исследования является изучение особенностей опосредованного запоминания и его продуктивности, а также характера мыслительной деятельности, уровня сформирования понятийного мышления.

Экспериментатор предлагает испытуемому для запоминания перечень слов и словосочетаний. Для облегчения задачи испытуемый должен сразу после предъявления слова или словосочетания выполнить в качестве опоры любое изображение, которое поможет ему воспроизвести предъявляемый материал. Качество рисунка не имеет значения. Важно объяснить, что этот рисунок выполняется для себя в целях облегчения запоминания. Каждое изображение обозначайте номером, соответствующим порядку предъявляемых слов и словосочетаний.

После инструктажа испытуемому зачитываются слова с интервалом не более 30 секунд. Перед каждым словом или словосочетанием называется его порядковый номер, а затем предоставляется время на его изображение. Каждое слово или словосочетание должно отчетливо произноситься, во избежание повторения. В ходе выполнения задания написание отдельных букв или слов испытуемому не рекомендуется. Скорость и качество выполнения не должны его беспокоить.

Пока испытуемый рисует, ему можно задавать вопросы типа: «Что ты рисуешь?», «Как это поможет тебе вспомнить слово?». Все высказывания испытуемого заносятся в протокол. Воспроизведение испытуемым словесного материала осуществляется через 40-60 минут или более. По прошествии

времени испытуемому предъявляются его рисунки с просьбой вспомнить соответствующие слова, которые фиксируются в протоколе.

Изображения были поделены по содержанию на: абстрактные, метафорические, сюжетные и конкретные. За норму приняты конкретные изображения, которые помогают пациенту вспомнить заданное слово правильно.

Методика «Классификация». Метод предметной классификации применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования, но дает также возможность анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий испытуемых, особенностей памяти, объема и устойчивости их внимания, личностных реакций испытуемых на свои достижения и неудачи. Предложен К. Гольдштейном, видоизменен Л. С. Выготским и Б. В. Зейгарник.

Для исследования необходим набор карточек с изображением различных предметов, растений, живых существ. Набор карточек для классификации должен предусматривать возможность различных ступеней обобщения. В проведении опыта можно выделить два основных этапа. На первом испытуемый более или менее самостоятельно образует группы: одежда, мебель, школьные принадлежности, орудия труда, измерительные приборы, люди. Последние две группы, как указывает С. Я. Рубинштейн (1962), представляют наибольшие трудности для выделения. Так, объединение вместе часов, весов, термометра и штангенциркуля требует выделения наиболее существенного, абстрактного признака, выявляющего их общность. К группе людей относятся различные представители, охарактеризованные на карточках по-разному: представители различных профессий, лыжник и, наконец, ребенок. Выделение обследуемым этих групп свидетельствует об определенной сохранности у него процессов обобщения и отвлечения. На втором этапе необходимо образовать более крупные группы растений, животных и предметов неживой природы. Этот этап характеризует более высокую степень обобщения.

Ведение опыта тщательно протоколируется. Отмечаются все группировки — правильные и ошибочные. Экспериментатор может указать на допущенную

неправильность. При этом важно отметить в протоколе отношение испытуемого к обнаруженной ошибке — исправляет ли он ее, не повторяется ли эта ошибка в последующем. Нужно регистрировать рассуждения испытуемого в процессе выполнения задания, так как в них нередко содержится мотивировка ошибочного суждения. Наличие нескольких идентичных, одноименных групп (например, две группы одежды, разделение на несколько групп посуды) свидетельствует о недостаточности внимания.

Были выделены следующие принципы, по которым испытуемые объединяли предметы в группы: функциональный, ситуативный и категориальный. В норме должен наблюдаться категориальный принцип объединения.

2.2 Результаты исследования и их обсуждение

В результате обработки экспериментальных данных были получены массивы показателей экспериментальной и контрольной групп на диагностическом этапе и на контрольном (после проведения терапевтической работы).

Результаты, полученные с применением методики Шульте в контрольной и экспериментальной группах на диагностическом этапе достаточно схожи. В таблице ниже представлены основные описательные статистики полученных результатов (табл.1).

Таблица 1 - Результаты, полученные с применением методики Шульте в экспериментальной и контрольной группах на диагностическом этапе

	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	Шульте ЭР	Шульте ВР	Шульте ПУ	Шульте ЭР	Шульте ВР	Шульте ПУ
Валидные	24	24	24	24	24	24
Пропущенные	0	0	0	0	0	0
Среднее	65,0417	1,0135	,9917	67,4583	1,0292	1,0304
Медиана	65,0000	1,0250	1,0000	66,5000	1,0400	1,0400
Мода	62,00	1,04	,92 ^a	64,00 ^a	1,07	1,04

а. Имеется несколько мод. Показана наименьшая

Схожесть результатов диагностики особенно наглядно на графике, где представлено распределение результатов всех респондентов как экспериментальной, так и контрольной групп (рис.1)

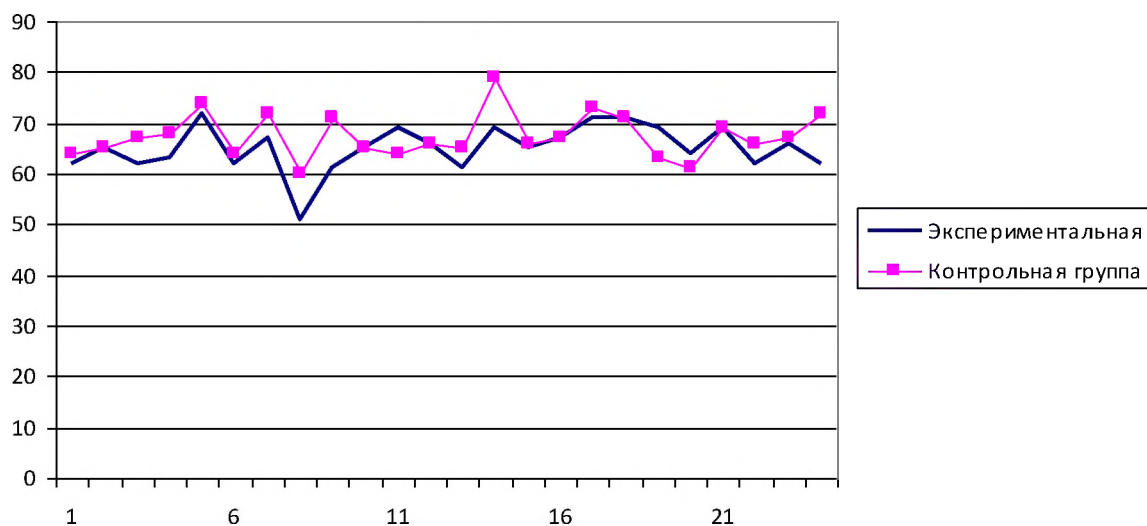


Рисунок 1 - Показатели ЭР по Шульте в экспериментальной и контрольной группах на диагностическом этапе

С помощью методики «Запоминание 10 слов» на диагностическом этапе мы получили так же относительно однородную картину в экспериментальной и контрольных группа (табл. 2), с некоторым преимуществом по значению среднего показателя в экспериментальной группе.

Таблица 2 - Результаты, полученные с применением методики «Запоминание 10 слов» на диагностическом этапе

	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Валидные	24	24
Пропущенные	0	0
Среднее	2,8333	2,7500
Медиана	3,0000	3,0000
Мода	3,00	2,00 ^а
а. Имеется несколько мод. Показана наименьшая		

Применение методики «Пиктограммы» показало отсутствие конкретных пиктограмм на диагностическом этапе, как в экспериментальной так и в контрольной группах. В экспериментальной группе преимущественно абстрактными иллюстрациями воспользовались 14 человек (58,3% респондентов), метафорическими - 6 человек (25%), сюжетными 4 человека (16,7%). В контрольной группе распределение следующее:

Абстрактные – 14 человек, метафорические и сюжетные - по 5 человек. Результаты представлены на рисунке 2.

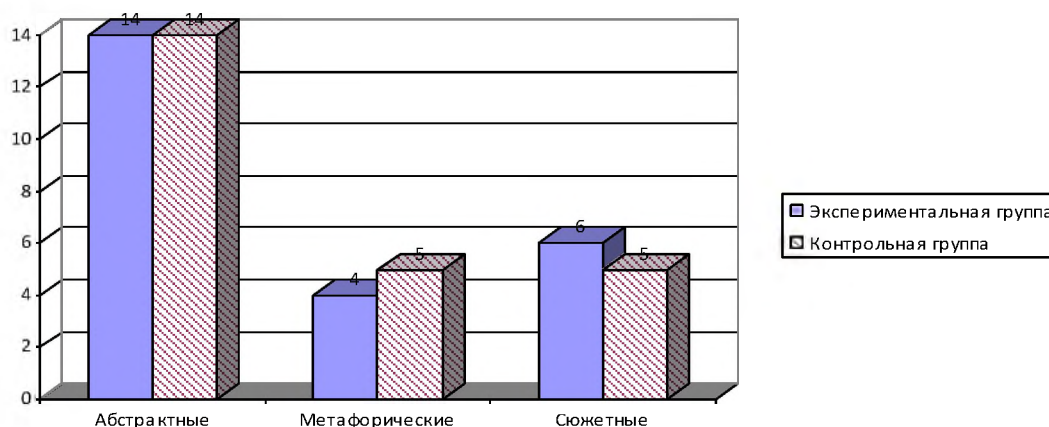


Рисунок 2 - Результаты, полученные с применением методики «Пиктограммы» в экспериментальной и контрольной группах на диагностическом этапе

Таким образом, на диагностическом этапе в обеих группах преобладающим типом визуализации запоминаемого материала были абстрактные пиктограммы.

Применение методики «Исключение лишнего» на диагностическом этапе показало, что в обеих группах исследуемые ориентировались чаще на ситуационный признак при исключении предмета. В экспериментальной группе - это 14 человек, в контрольной группе – 17 человек (рис. 3).

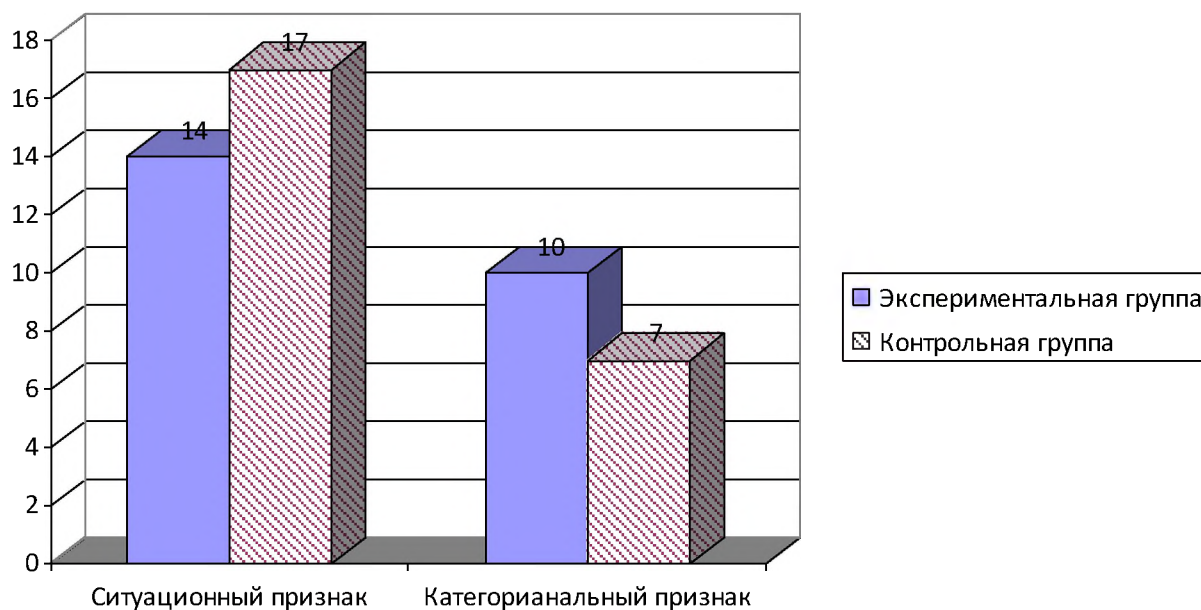


Рисунок 3 - Результаты, полученные с применением методики «Исключение лишнего» в экспериментальной и контрольной группах на диагностическом этапе

Результаты, полученные с применением методики «классификация» позволили нам выявить, что наиболее часто используемым принципом классификации в обеих группах является функциональный. В экспериментальной этот принцип классификации использовали 15 человек, в контрольной группе 17 человек. Второй по популярности в экспериментальной группе - ситуационный признак (9 человек), в контрольной группе – категориальный признак (7 человек). Распределение ответов респондентов представлено на рисунке 4. Категориальный принцип классификации на диагностическом этапе не был применён ни один респондентом.

Из распределения результатов, представленных на диаграмме можно сделать вывод об относительной эквивалентности показателей когнитивной деятельности экспериментальной и контрольной групп.

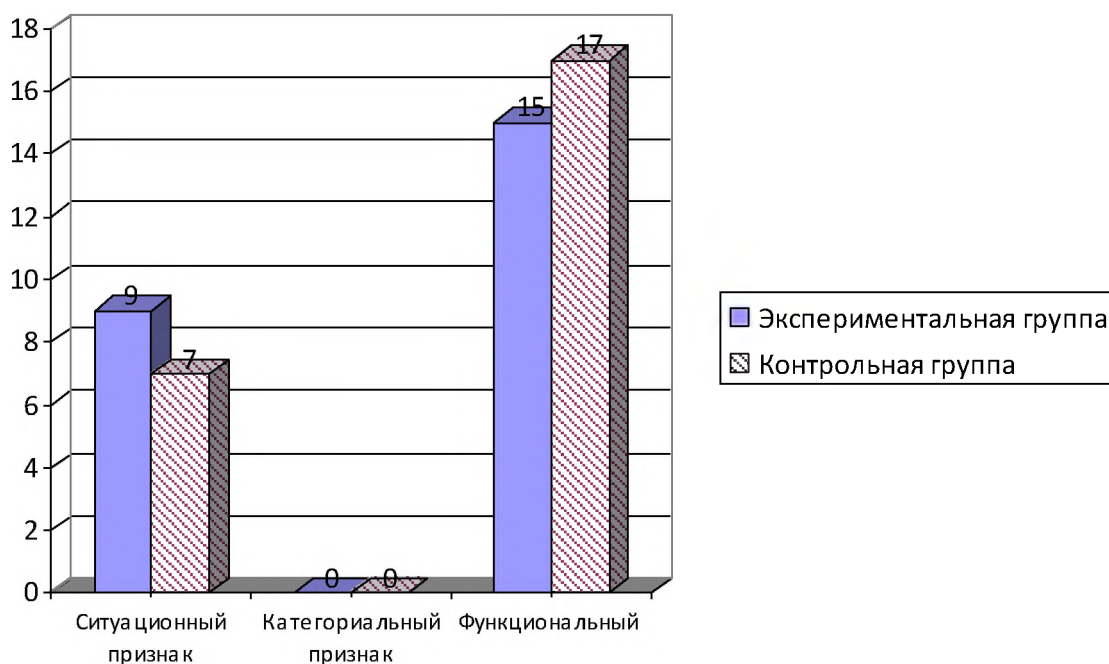


Рисунок 4 - Результаты, полученные с применением методики «Классификация» в экспериментальной и контрольной группах на диагностическом этапе

Гипотеза исследования заключалась в наличии позитивной динамики когнитивных функций после прохождения соответствующей терапии. Соответственно, на контрольном этапе мы повторно сравниваем как результаты в группах (экспериментальной и контрольной), так и внутригрупповую динамику.

Распределение результатов по Шульте на контрольном этапе представлено на рисунке 5. На рисунке достаточно чётко прослеживается разница основного тренда в экспериментальной и контрольной группах, респонденты из экспериментальной группы справлялись с заданиями значительно быстрее, как относительно респондентов из КГ, так и относительно собственных результатов на предыдущем этапе (табл. 3).

Особенно значимая положительная динамика отмечена в экспериментальной группе по показателю «эффективность работы».

Экспериментальная группа						
	Шульте ЭР	Шульте ЭР контр. этап	Шульте ВР	Шульте ВР контр. этап	Шульте ПУ	Шульте ПУ
Валидные	24	24	24	24	24	24
Пропущенные	0	0	0	0	0	0
Среднее	65,0417	53,1417	1,0135	1,0020	,9917	,9713
Медиана	65,0000	54,2000	1,0250	1,0100	1,0000	,9650
Мода	62,00	48,60 ^а	1,04	1,01	,92 ^а	,95
Контрольная группа						
Валидные	24	24	24	24	24	24
Пропущенные	0	0	0	0	0	0
Среднее	67,4583	63,0417	1,0292	1,0252	1,0304	1,0279
Медиана	66,5000	62,5000	1,0400	1,0300	1,0400	1,0200
Мода	64,00 ^а	62,00 ^а	1,07	1,03	1,04	1,02
а. Имеется несколько мод. Показана наименьшая						

Обратимся к результатам, полученным на контрольном этапе с применением метода «Запоминание 10 слов» и сопоставим средние показатели по группа (табл. 4).

В экспериментальной группе значение среднее показателя увеличилось на единицу, в то время как в контрольной группе, показатель остался неизменным.

Таблица 4 - Результаты, полученные с применением методики «Запоминание 10 слов» на диагностическом этапе

Экспериментальная группа		Экспериментальная группа контрольный этап
Валидные	24	24
Пропущенные	0	0
Среднее	2,8333	3,8333
Медиана	3,0000	4,0000
Мода	3,00	4,00
Контрольная группа		Контрольная группа контрольный этап
Валидные	24	24
Пропущенные	0	0
Среднее	2,7500	2,7500
Медиана	3,0000	3,0000
Мода	2,00 ^а	3,00
а. Имеется несколько мод. Показана наименьшая		

Таким образом, это подтверждает положительное влияние проведённой терапии на память респондентов и процессы кратковременного запоминания в частности.

Сравним результаты до и после терапии, полученные с применением методики «Исключение лишнего» (рис. 6).

Диагностический этап

Контрольный этап

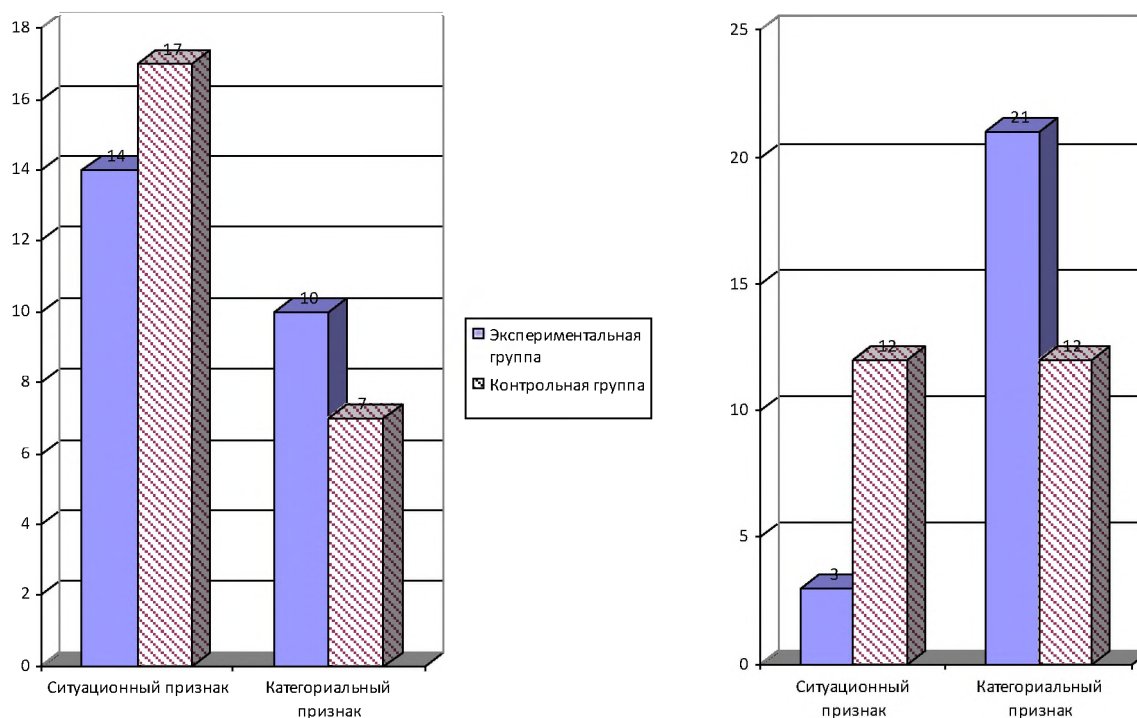


Рисунок 6 - Сравнительные результаты, полученные с применением методики «Исключение лишнего» в экспериментальной и контрольной группах на контрольном этапе

Сопоставление результатов экспериментальной группы до и после терапии показало значительное увеличение числа респондентов, использующих при «исключении лишнего» категориальный признак – на первом этапе это было 14 человек, на контрольном этапе – 21 человек. В контрольной группе мы так же наблюдаем положительную динамику, однако увеличение числа респондентов, использующих категориальный признак увеличилось не столь значительно.

Сопоставление результатов теста «Классификация» в экспериментальной группе до и после терапии ещё более ярко демонстрирует прогрессивную тенденцию к улучшению когнитивных процессов. Категориальный признак при выполнении задания в экспериментальной группе не использовал ни один из респондентов, а после терапии таковых стало 19 человек. В контрольной группе так же отмечена положительная динамика в сравнении с результатами диагностического этапа. Однако, в сравнении с экспериментальной группой,

рост анализируемого показателя значительно ниже. Динамика результатов в обеих группах отображена на сравнительных диаграммах ниже (рис. 7).

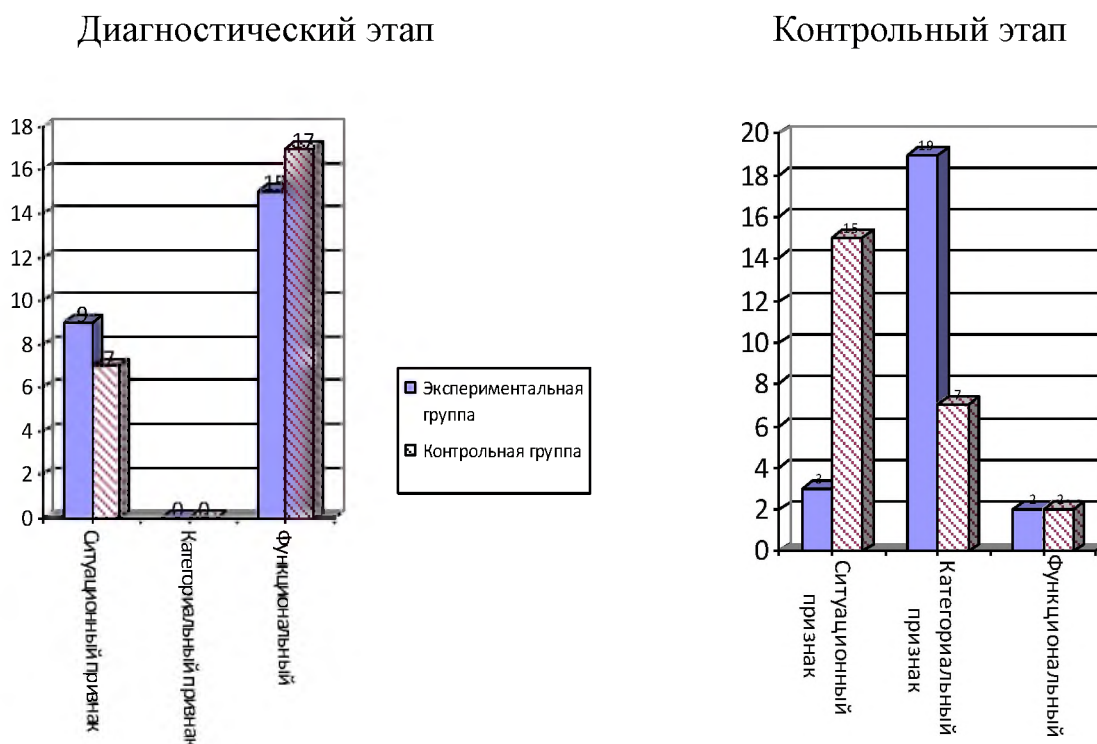


Рисунок 7 - Результаты, полученные с применением методики «Классификация» в экспериментальной и контрольной группах на диагностическом этапе

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о положительной влиянии терапии на когнитивные процессы респондентов.

Приступая к анализу результатов исследования с применением методов математической статистики, первоначально проверим выборки на нормальность распределения с применением критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка.

Результаты проверки на нормальность распределения представлены в таблице 5.

Если ориентироваться на критерий Колмогорова-Смирнова, то достоверность полученных результатов по некоторым шкалам находится на

минимально допустимом уровне или даже ниже него. Однако при малых выборках, как в нашем случае, большинство психологов ориентируется на критерий Шапиро-Уилка. Согласно этому критерию, мы получили высокие показатели статистики и степень достоверности выше 0,05. Исключение составляет распределение результатов по шкале «вработываемость» в экспериментальной группе. Таким образом, полученные результаты подтверждают нормальность распределения рассматриваемых выборок.

Таблица 5 - Проверка метрических данных на нормальность распределения в экспериментальной группе

Критерий нормальности						
	Колмогоров-Смирнов ^а			Шапиро-Уилк		
	Статистика	ст. св.	Значимость	Статистика	ст. св.	Значимость
Шульте ЭР	,145	24	,200*	,907	24	0,031
Шульте ВР	,153	24	,149	,900	24	,022
Шульте ПУ	,142	24	,200*	,945	24	,213
Шульте ЭР (контр. Этап)	,141	24	,200*	,944	24	,196
Шульте ВР (контр. этап)	,157	24	,132	,933	24	,111
Шульте ПУ (контр. этап)	,140	24	,200*	,952	24	,294
Заучивание 10 слов	,261	24	,000	,802	24	,000
Заучивание 10 слов (контр.этап)	,503	24	,000	,454	24	,000
*. Это нижняя граница для истинной значимости.						
а. Поправка значимости Лиллиефорса						

Таблица 6 - Проверка метрических данных на нормальность распределения в контрольной группе

Критерий нормальности

	Колмогоров-Смирнов ^а			Шапиро-Уилк		
	Статистика	ст.св.	Значимость	Статистика	ст.св.	Значимость
Шульте ЭР	,166	24	,86	,954	24	,331
Шульте ВР	,208	24	,008	,858	24	,003
Шульте ПУ	,185	24	,033	,929	24	,094
Шульте ЭР (контр. Этап)	,130	24	,200*	,941	24	,175
Шульте ВР (контр. этап)	,140	24	,200*	,948	24	,246
Шульте ПУ (контр. этап)	,118	24	,200*	,973	24	,737
Заучивание 10 слов	,262	24	,000	,792	24	,000
Заучивание 10 слов (контр.этап)	,269	24	,000	,789	24	,000
*. Это нижняя граница для истинной значимости.						
а. Поправка значимости Лиллиефорса						

Для выявления уровня схожести/различия экспериментальной и контрольной групп на контрольном воспользуемся t-критерием Стьюдента. Результаты представлены в таблица 7.

Таблица 7 - Проверка результатов с помощью t- критерия Стьюдента данных, полученных с помощью теста Шульте на диагностическом этапе

Критерий для независимых выборок							
	t-критерий равенства средних						
	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
						Нижняя граница	Верхняя граница
Шульте ЭР	-1,865	46	,069	-2,41667	1,29584	-5,02505	,19172
Шульте ПУ	-2,804	46	,007	-,03875	,01382	-,06657	-,01093
Шульте ВР	-1,048	46	,300	-,01563	,01491	-,04564	,01439

Таблица 8 - Проверка результатов с помощью t- критерия Стьюдента данных, полученных с помощью теста «Запоминание 10 слов» на диагностическом этапе

Критерий для независимых выборок							
	t-критерий равенства средних						
	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
						Нижняя граница	Верхняя граница
Запоминание	,401	46	,690	,08333	,20779	-,33492	,50159

Как видно из таблицы 8, значимость различий распределения результатов экспериментальной и контрольной групп в двух из трёх показателей, является показателем схожести групп.

Результаты сравнения результатов групп по методике «Запоминание 10 слов» не столь однозначное, однако с принятым условием об эквивалентности в разрез не идёт.

Применение t-критерия Стьюдента для независимых выборок к результатам, полученным с применением методики Шульте на контрольном этапе, позволило выявить значимые различия по всем трём вычисляемым показателям (табл. 9).

Таблица 9 - Проверка результатов с помощью t-критерия Стьюдента данных, полученных с помощью теста Шульте на контрольном этапе

Критерий для независимых выборок							
	t-критерий равенства средних						
	t	ст.св.	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
						Нижняя граница	Верхняя граница
Шульте ЭР	-8,771	46	,000	-9,90000	1,12871	-12,17197	-7,62803
Шульте ПУ	1,370	,248	-1,942	46	,058	-,02321	,01195
Шульте ВР	-4,570	46	,000	-,05667	,01240	-,08162	-,03171

Мы так же применили t- критерий для зависимых выборок для сравнения результатов экспериментальной группы до и после прохождения терапии (табл.10).

Таблица 10 - Проверка результатов с помощью t-критерия Стьюдента данных, полученных с помощью теста Шульте на диагностическом и контрольном этапе

Критерий парных выборок							
	Парные разности					t	Значимость (2- сторонняя)
	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего	95% доверительный интервал разности средних			
				Нижняя граница	Верхняя граница		
Шульте ПУ (диагн. этап)- Шульте ПУ (контр.этап)	,01146	,04731	,00683	-,00228	,02520	1,678	,100
Шульте ЭР (диагн. этап)- Шульте ЭР (контр.этап)	8,15833	6,54243	,94432	6,25861	10,05806	8,639	,000
Шульте ВР (диагн. этап)- Шульте ВР (контр.этап)	,00779	,03106	,00448	-,00123	,01681	1,738	,089

Как, видно из таблицы 10, достоверно значимые различия между сравниваемыми показателями, мы получили по показателю «Эффективность работы». Другими словами, показатель экспериментальной группы «эффективность работы» на контрольном этапе существенно отличается от аналогичного показателя диагностического тестирования. Изменения явились результатом проведённой терапии.

ВЫВОДЫ

1. Экспериментальная и контрольная группа, имея схожие результаты диагностики на первом диагностическом этапе, имеют существенные различия в показателях на контрольном этапе.

2. В результате терапии улучшился такой показатель когнитивной деятельности как «эффективность работы», сократилось время выполнения умственных задач.

3. Проведённая терапевтическая работа в экспериментальной группе способствовала переходу от абстрактных и метафорических образов к конкретным при сознательном запоминании информации.

4. Улучшились показатели аналитической деятельности: отмечен переход от ситуационных классификаций к категориальным. Особенно заметен данный результат при выполнении задач на классификацию.

5. Все применённые методики показали улучшение показателей когнитивной деятельности у респондентов экспериментальной группы, что является подтверждением результативности применённой терапевтических инструментов.

6. Различия в показателях респондентов до и после терапии подтверждено статистически.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа была посвящена изучению динамики когнитивных функций у лиц с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами, так же разработке программы по групповой музыкальной и арт-терапии. В связи с тем, что на сегодняшний день, не смотря на то, что существует множество теорий и концепций по изучению депрессивных расстройств, мало из них уделяют должное внимание когнитивным нарушениям, которые не позволяют человеку адаптироваться в социуме. В ходе работы была предпринята попытка провести систематическое и достоверное исследование, результаты которого помогли бы выявить наличие когнитивных нарушений у пациентов с депрессией, составить программу по психокоррекции, вследствие которой можно было бы говорить о положительной динамике когнитивных функций у таких пациентов.

Результаты исследования показали связь между депрессивным расстройством и когнитивными нарушениями. Полученные данные исследования могут служить ресурсом к постановке новых задач в исследовании когнитивных нарушений у пациентов с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами. На наш взгляд, данное исследование так же может помочь по-новому рассмотреть психокоррекционную работу с такими пациентами, ввести в отделениях программы по музыкальной и арт-терапии.

Особенно важным является создание различных стратегических вариантов реабилитации пациентов с депрессивными расстройствами. Объяснить это можно тем, что последствия депрессии сказываются на функциональной активности человека, на межличностном взаимодействии и на его жизнедеятельности в целом, что может приводить к возможной социальной дезадаптации. Тщательная диагностика не только аффективной сферы депрессивных пациентов, но и выявление нарушений когнитивных функций, с целью прогнозирования последствий депрессии в виде психосоциальной дезадаптации, является необходимой. Отсюда следует сделать вывод о том, что изучение и исправление когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах представляет собой важную часть психокоррекционной работы.

В ходе исследования была выдвинута гипотеза, в которой предполагалось, что включение в процесс психокоррекции групповых занятий по музыкальной и арт-терапии для пациентов с ситуационно-обусловленными депрессивными расстройствами будет влиять на динамику когнитивных функций. Внимательно изучив все результаты в экспериментальной и контрольной группах на двух этапах обследования, до и после проведения психокоррекционной работы, удалось доказать, что проведение групповых занятий по музыкальной и арт-терапии положительно влияет на динамику когнитивных функций у пациентов с депрессией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики и терапии. - СПб: Речь, 2013 — 166 с.
2. Бандура А. Теория социального научения. - СПб: Евразия, 2011 — 320 с.
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. - СПб: Питер, 2016 — 448 с.
4. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. - СПб: Питер, 2015 — 192 с.
5. Бизюк А. П. Патопсихология. Краткий курс в контексте общей и клинической психологии. - СПб: Речь, 2010 — 416 с.
6. Бизюк А. П. Основы нейропсихологии: Учебное пособие - СПб: Речь, 2012 — 293 с.
7. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. - М.: Изд-во Московского психолого-социального института, 2009 — 624 с.
8. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). - М.: МГУ, 2014 — 200 с.
9. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. - 3-е изд. - М.: МИА, 2007
10. Вертоградова О. П., Степанов И. Л., Петухов В. В. Структурные особенности, прогноз и лечение затяжных депрессий: учебное издание. - М.: Москва, 2012 — 23 с.
11. Винникот Д. В. Игра и реальность. - М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002 — 119 с.
12. Винникот Д. В. Способность быть в одиночестве // «Журнал практической психологии и психоанализа» № 4. - М., 2002
13. Гингер С., Гингер А. Гештальт: искусство контакта/ Пер.с англ. Т. А. Ребеко. - Изд. 2-е — М.: Академический проект; Культура, 2010 — 191 с.
14. Зейгарник Б. В. Патопсихология. - М.: МГУ, 2011 — 287 с.
15. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. - 4-е изд. - СПб: Питер, 2011 — 864 с.

16. Ковпак Д. В. Как избавиться от страха и тревоги. Практическое руководство для психотерапевта. - СПб: Наука и Техника, 2011 — 240 с.
17. Ковпак Д. В. Страхи, тревоги, фобии... Как от них избавиться? - СПб: Наука и Техника, 2012
18. Ковпак Д. В., Третьяк Л. Л. Депрессия. Современные подходы к диагностике и лечению. - СПб: Наука и Техника, 2013 — 384 с.
19. Копытин А. И. Арт-терапия. Хрестоматия. - СПб: Питер, 2012 — 320 с.
20. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. - М.: Когито-центр, 2014 — 208 с.
21. Копытин А. И. Практикум по арт-терапии. - СПб: Питер, 2011 — 448 с.
22. Копытин А. И. Руководство по групповой арт-терапии. - СПб: Речь, 2010 — 320 с.
23. Копытин А. И. Арт-терапия — новые горизонты. - СПб: Питер, 2014 — 285 с.
24. Копытин А. И. Практическая арт-терапия. Лечение, реабилитация, тренинг. - СПб: Питер, 2013 — 362 с.
25. Кляйн М. Развитие в психоанализе. - М.: Академический проект, 2011 — 213 с.
26. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004 — 493 с.
27. Лурия А. Р. Лекции по общей психологии. - СПб: Питер, 2011 — 320 с.
28. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. - М.: Класс, 2012 — 480 с.
29. Мак-Маллин Р. Практикум по когнитивной терапии \ Пер.с англ. - СПб: Речь, 2011 — 560 с.
30. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. - <http://mkb-10.com>
31. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. 4-е издание - СПб: Речь, 2011

— 392 с.

32. Перре М. Клиническая психология и психотерапия. 3-е издание. - СПб: Питер, 2012 — 944 с.

33. Психоанализ депрессий// Сборник статей под редакцией проф. М. М. Решетникова. - Изд. 2-е — СПб: ВЕИП, 2008 — 174 с.

34. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. - М.: София, 2011 — 368 с.

35. Смулевич А. Б. Депрессия в общей медицине - М.: Медицинское информационное агенство, 2012 — 256 с.

36. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Речь, 2011 — 272 с.

37. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. - СПб: Питер, 2012 — 352 с.

38. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. - СПб: Питер, 2011 — 231 с.

39. Холмогорова А. Б., Воликова С. В., Полкунова Е. В. Семейные факторы депрессии // Вопросы психологии, №7, 2012 — с. 65-72

40. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия. - М.: Издательство «Э», 2016 — 480 с.

41.DSM-4. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

Приложение 1

Программа занятий по музыкальной терапии

Программа является авторской разработкой. Включает 10 занятий,

продолжительностью по 60 минут каждое.

Так как пациентами являлись люди с диагнозом депрессивное расстройство, программа направлена на решение следующих задач:

1. Работа с установлением границ пациентов
2. Работа с расширением осознанности, то есть пониманием своих эмоциональных реакций и пережитого психотравмирующего события
3. Работа с ощущением опоры в собственном теле

По средствам этих задач был составлен план каждого занятия, в котором отражается цель каждого из занятий, задачи, а так же необходимые инструменты для реализации задач, и названия композиций, используемых в занятии.

ЗАНЯТИЕ 1

ЦЕЛЬ: Знакомство с группой и с музыкотерапией как с явлением

ЗАДАЧИ:

- ☐ Установить контакт
- ☐ Ознакомиться с музыкотерапией как с одним из элементов психотерапии
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Фиксирование своих эмоций

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

- Знакомство с участниками группы
- Знакомство с понятием «музыкотерапия»
- Ознакомление со структурой занятия
- Прослушивание музыкальной композиции
- Обсуждение эмоций участников группы
- Прослушивание музыкальной композиции с рисованием своего эмоционального состояния
- Обсуждение рисунков
- Прослушивание музыкальной композиции
- Рисование своего эмоционального состояния после прослушанных музыкальных композиций

- Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Установление доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Расширение осознанности участников группы

В занятии использовались исполненные Лондонским оркестром филармонии произведения: Nocturne No.2, Brandenburg concerto No.3, The beautiful blue Danube.

ЗАНЯТИЕ 2.

ЦЕЛЬ: Установление контакта в группе

ЗАДАЧИ:

- ☐ Продолжить установление контакта
- ☐ Прослушать музыкальные композиции разного эмоционального окраса
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Фокусировка на своих эмоциональных реакциях

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

- 1) Беседа о том, как прошел день после первого занятия
- 2) Обсуждение структуры занятия
- 3) Ознакомление с одной из техник арт-терапии
- 4) Прослушивание музыкальной композиции с рисованием своего эмоционального состояния
- 5) Обсуждение нарисованного
- 6) Прослушивание музыкальной композиции с рисованием своего эмоционального состояния
- 7) Обсуждение нарисованного
- 8) Прослушивание музыкальной композиции с рисованием своего эмоционального состояния
- 9) Обсуждение нарисованного
- 10) Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Установление доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Появление новых эмоциональных реакций
4. Расширение осознанности участников группы

В занятии использовались композиции: Мелодия из струнного квартета № 1, ре мажор П. И. Чайковского, Симфония из Рождественской оратории И. С. Баха, Времена года. Ноябрь П. И. Чайковского.

ЗАНЯТИЕ 3

ЦЕЛЬ: Расширение осознанности членов группы

ЗАДАЧИ:

- ☐ Продолжить установление контакт
- ☐ Прослушать музыкальные композиции похожего эмоционального окраса
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Понять свои эмоциональные реакции

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

- Беседа об эмоциональном состоянии за прошедшие дни до занятия
- Обсуждение структуры занятия
- Ознакомление с одним из видов музыкальной терапии
- Прослушивание музыкальной композиции с записыванием своих ассоциаций
- Обсуждение написанного
- Прослушивание музыкальной композиции с записыванием своих эмоций
- Обсуждение написанного
- Прослушивание музыкальной композиции с записыванием портрета человека
- Обсуждение написанного
- Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Установление доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Появление новых эмоциональных реакций
4. Расширение осознанности участников группы

В занятии использовались композиции: Времена года. Январь П. И. Чайковского, Piano concert No.20 В. А. Моцарта, Серенада № 12 В. А. Моцарта.

ЗАНЯТИЕ 4.

ЦЕЛЬ: Расширение осознанности членов группы

ЗАДАЧИ:

- ☐ Продолжить установление контакта
- ☐ Прослушать музыкальные композиции разного эмоционального окраса
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Понять, где в теле проявляется эмоция

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

- ☐ Беседа об эмоциональном состоянии за прошедшие дни до занятия
- ☐ Обсуждение структуры занятия
- ☐ Упражнение на расслабление с помощью активного дыхания
- ☐ Ознакомление с одним из видов музыкальной терапии
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Обсуждение своих эмоций
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Обсуждение своих эмоций
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Обсуждение своих эмоций
- ☐ Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Установление доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия

3. Появление новых эмоциональных реакций

4. Расширение осознанности участников группы

В занятии использовались композиции: Серенада № 11 В. А. Моцарта, Бранденбургский концерт № 6 И. С. Баха, Времена года. Декабрь П. И. Чайковского.

ЗАНЯТИЕ 5

ЦЕЛЬ: Работа с собственными границами и с возникающими эмоциональными реакциями

ЗАДАЧИ:

- ☐ Продолжить установление контакта
- ☐ Прослушать музыкальные композиции разного эмоционального окраса
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Осознать эмоции членами группы

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

- ☐ Беседа об эмоциональном состоянии за прошедшие дни до занятия
- ☐ Обсуждение структуры занятия
- ☐ Ознакомление с одним из видов музыкальной терапии
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Рисование образа себя и обсуждение своих эмоций
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Рисование своей семьи и обсуждение своих эмоций
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Рисование себя «здесь и сейчас» и обсуждение своих эмоций
- ☐ Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Установление доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Появление новых эмоциональных реакций
4. Понимание собственной значимости, принятие себя

В занятии использовались композиции: Симфония № 6 В. А. Моцарта, Концерт пианино № 15 В. А. Моцарта, Четыре сезона. Весна А. Вивальди.

ЗАНЯТИЕ 6

ЦЕЛЬ: Понимание динамики в группе

ЗАДАЧИ:

- ☐ Продолжить установление контакта
- ☐ Просмотреть свои рисунки с прошлых занятий
- ☐ Рассказать о том, с чем на данный момент связан рисунок, какие эмоции вызывает
- ☐ Осознать эмоции членами группы

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

1. Беседа об эмоциональном состоянии за прошедшие дни до занятия
2. Обсуждение структуры занятия
3. Упражнение на расслабление с помощью активного дыхания
4. Раздача нарисованных на прошлых занятиях рисунков
5. Обсуждение самого первого рисунка (ассоциации, эмоции, образы)
6. Обсуждение последнего рисунка (ассоциации, эмоции, образы)
7. Обсуждение переживаний, вызванных рисунками
8. Обратная связь от ведущего группы
9. Обсуждение состояния «здесь и сейчас»

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Установление доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Появление новых эмоциональных реакций
4. Расширение осознанности участников группы
5. Ощущение своей значимости
6. Понимание своих потребностей «здесь и сейчас»

Занятие проводилось без использования музыкальных произведений.

ЗАНЯТИЕ 7

ЦЕЛЬ: Нахождение опоры в себе, повышение собственной самооценки

ЗАДАЧИ:

- ☐ Поддержание установленного контакта
- ☐ Прослушать музыкальные композиции разного эмоционального окраса
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Осознать свою силу

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

- ☐ Беседа об эмоциональном состоянии за прошедшие дни до занятия
- ☐ Обсуждение структуры занятия
- ☐ Упражнение на расслабление с помощью активного дыхания
- ☐ Ознакомление с одним из видов музыкальной терапии
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Обсуждение своих эмоций
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Обсуждение своих эмоций
- ☐ Прослушивание музыкальной композиции
- ☐ Обсуждение своих эмоций
- ☐ Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Установление доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Появление новых эмоциональных реакций
4. Расширение осознанности участников группы
5. Ощущение своего дыхания и тела
6. Дифференциация своих чувств

В занятии использовались композиции: Клода Дебюсси, В. А. Моцарта, Симфония № 6 И. С. Баха.

ЗАНЯТИЕ 8

ЦЕЛЬ: Знакомство со своими эмоциональными состояниями

ЗАДАЧИ:

- ☐ Поддержание установленного контакт
- ☐ Прослушать музыкальные композиции разного эмоционального окраса
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Осознать эмоции членами группы

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

1. Беседа о том, как прошел день после предыдущего занятия
2. Обсуждение структуры занятия
3. Ознакомление с одной из техник арт-терапии
4. Прослушивание музыкальной композиции с рисованием своих эмоциональных состояний (8 квадратов)
5. Обсуждение нарисованного
6. Прослушивание музыкальной композиции с рисованием своих эмоциональных состояний
7. Обсуждение нарисованного
8. Прослушивание музыкальной композиции с рисованием своих эмоциональных состояний
9. Обсуждение нарисованного
10. Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Поддержание доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Появление новых эмоциональных реакций, их понимание
4. Расширение осознанности участников группы

В занятии использовались композиции: Вальс И. Ивановича, Прелюдия Ф. Шопена, Концерт для пианино № 12 В. А. Моцарта.

ЗАНЯТИЕ 9

ЦЕЛЬ: Понимание потребности «здесь и сейчас»

ЗАДАЧИ:

- ☐ Поддержание установленного контакта
- ☐ Прослушать музыкальные композиции разного эмоционального окраса
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Осознать эмоции членами группы

ВРЕМЯ: 50 минут

ПЛАН:

1. Беседа об эмоциональном состоянии за прошедшие дни до занятия
2. Обсуждение структуры занятия
3. Прослушивание музыкальной композиции
4. Обсуждение своих ассоциаций по данной композиции
5. Прослушивание музыкальной композиции
6. Обсуждение своих эмоций
7. Прослушивание музыкальной композиции
8. Обсуждение своих желаний, возникших во время прослушивания композиции
9. Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Поддержание доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Появление новых эмоциональных реакций
4. Расширение осознанности участников группы
5. Ощущение собственных границ
6. Понимание своих желаний

В занятии использовались композиции: Концерт пианино №20 В. А. Моцарта, Concerto for Oboe&Violin in B flat major А. Вивальди, Вальс П. И. Чайковского.

ЗАНЯТИЕ 10

ЦЕЛЬ: Освоение приобретенного опыта за время всех занятий

ЗАДАЧИ:

- ☐ Поддержание установленного контакта
- ☐ Прослушать музыкальные композиции разного эмоционального окраса
- ☐ Получить обратную связь от каждого члена группы
- ☐ Осознать эмоции членами группы

ВРЕМЯ: 60 минут

ПЛАН:

- Беседа об эмоциональном состоянии на всех занятиях
- Обсуждение структуры занятия
- Упражнение на расслабление с помощью активного дыхания
- Прослушивание музыкальной композиции
- Рисование образа себя
- Прослушивание музыкальной композиции
- Рисование своих ассоциаций
- Прослушивание музыкальной композиции
- Написание рефлексии на все занятия
- Обратная связь

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Поддержание доверительных отношений в группе
2. Понимание структуры занятия
3. Закрепление понимания своих эмоциональных проявлений
4. Расширение осознанности участников группы
5. Интеграция приобретенного опыта

В занятии использовались композиции: К Элизе Л. Бетховена, Симфония № 7 С. С. Прокофьева, Симфония № 6 В.

Приложение 2

Показатели по методике «Таблицы Шульте» в экспериментальной группе
(время выполнения по каждой таблице)

Пациент	До терапии	После терапии
1	59с, 1.04с, 1.07с, 1.02с, 58с	54с, 52с, 54с, 57с, 52с
2	1.05с, 1.10с, 58с, 1.11с, 1.01с	57с, 56с, 53с, 52с, 55с
3	58с, 56с, 1.08с, 1.09с, 57с	49с, 47с, 48с, 48с, 43с
4	59с, 54с, 1.04с, 1.08с, 1.10с	51с, 50с, 46с, 47с, 49с
5	1.30с, 1.12с, 1.07с, 1.02с, 1.21с	53с, 59с, 1.01с, 57с, 59с
6	57с, 59с, 1.04с, 1.09с, 1.02с	54с, 55с, 59с, 57с, 52с
7	1.02с, 1.08с, 1.15с, 1.04с, 1.05с	1.01с, 57с, 56с, 57с, 54с
8	1.01с, 1.04с, 58с, 59с, 1.03с	58с, 54с, 55с, 54с, 50с
9	1.05с, 1.12с, 1.15с, 1.03с, 1.21с	59с, 56с, 57с, 58с, 52с
10	1.02с, 1.10с, 1.16с, 57с, 59с	1.01с, 1.02с, 59с, 54с, 57с
11	1.15с, 1.10с, 1.02с, 60с, 1.19с	1.04с, 1.02с, 59с, 57с, 55с
12	56с, 58с, 1.03с, 1.15с, 1.21с	51с, 54с, 52с, 46с, 51с
13	1.16с, 1.15с, 1.02с, 1.05с, 1.12с	1.01с, 60с, 58с, 56с, 59с
14	1.12с, 1.08с, 1.04с, 1.04с, 59с	55с, 56с, 48с, 49с, 49с
15	1.10с, 1.03с, 1.01с, 1.05с, 1.06с	59с, 56с, 50с, 55с, 51с
16	1.15с, 1.01с, 1.09с, 1.03с, 1.08с	57с, 52с, 43с, 51с, 54с

17	1.11с, 1.05с, 1.09с, 1.16с, 1.17с	1.01с, 57с, 49с, 52с, 55с
18	1.05с, 1.02с, 1.15с, 1.16с, 1.19с	59с, 54с, 55с, 1.05с, 57с
19	1.04с, 1.02с, 1.11с, 1.14с, 1.16с	51с, 46с, 42с, 45с, 47с
20	1.03с, 1.01с, 1.12с, 1.06с, 1.01с	53с, 57с, 51с, 1.04с, 57с
21	1.08с, 1.06с, 1.14с, 1.01с, 1.15с	58с, 56с, 53с, 46с, 48с
22	1.02с, 59с, 57с, 1.03с, 1.09с	55с, 51с, 44с, 42с, 40с
23	57с, 1.03с, 1.07с, 1.10с, 1.13с	45с, 40с, 51с, 57с, 50с
24	59с, 57с, 59с, 1.04с, 1.11с	44с, 47с, 40с, 42с, 44с

Методика «Заучивание 10 слов» экспериментальная группа (результаты в баллах)

Пациент	До терапии	После терапии
1	2	4
2	3	4
3	3	4
4	3	4
5	2	3
6	2	4
7	3	4
8	4	4
9	3	4
10	3	3
11	3	4
12	4	4
13	2	3
14	2	4
15	2	4
16	2	4
17	3	4
18	3	4

19	4	4
20	3	4
21	4	4
22	3	4
23	3	4
24	2	3

Методика «Заучивание 10 слов» контрольная группа (результаты в баллах)

Пациент	До терапии	После терапии
1	3	3
2	3	3
3	2	2
4	2	2
5	2	2
6	2	2
7	3	3
8	2	3
9	2	2
10	2	2
11	2	2
12	3	3
13	3	3
14	3	3
15	2	2
16	3	3
17	4	4
18	3	3
19	4	4
20	2	2
21	3	3
22	4	4
23	4	3
24	3	3

Методика «Классификации» экспериментальная группа

Пациент	До терапии	После терапии
---------	------------	---------------

1	По функциональному принципу	По категориальному принципу
2	По функциональному принципу	По категориальному принципу
3	По функциональному принципу	По категориальному принципу
4	По функциональному принципу	По категориальному принципу
5	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
6	По функциональному принципу	По ситуативному принципу
7	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
8	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
9	По функциональному принципу	По ситуативному принципу
10	По ситуативному признаку	По ситуативному принципу
11	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
12	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
13	По функциональному принципу	По категориальному принципу
14	По функциональному принципу	По категориальному принципу
15	По функциональному принципу	По категориальному принципу
16	По функциональному принципу	По категориальному принципу
17	По функциональному принципу	По функциональному принципу
18	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
19	По функциональному принципу	По категориальному принципу
20	По функциональному принципу	По категориальному принципу
21	По функциональному принципу	По категориальному принципу
22	По ситуативному принципу	По функциональному принципу

23	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
24	По функциональному принципу	По категориальному принципу

Методика «Классификации» контрольная группа

Пациент	До терапии	После терапии
1	По функциональному принципу	По функциональному принципу
2	По функциональному принципу	По категориальному принципу
3	По функциональному принципу	По функциональному принципу
4	По функциональному принципу	По функциональному принципу
5	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
6	По функциональному принципу	По функциональному принципу
7	По функциональному принципу	По ситуативному принципу
8	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
9	По ситуативному принципу	По функциональному принципу
10	По функциональному принципу	По функциональному принципу
11	По функциональному принципу	По функциональному принципу
12	По ситуативному принципу	По ситуативному принципу
13	По функциональному принципу	По функциональному принципу
14	По функциональному принципу	По функциональному признаку
15	По функциональному принципу	По функциональному принципу
16	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
17	По ситуативному принципу	По категориальному принципу
18	По функциональному принципу	По функциональному принципу

	принципу	принципу
19	По функциональному принципу	По функциональному принципу
20	По функциональному принципу	По категориальному принципу
21	По функциональному принципу	По функциональному принципу
22	По функциональному принципу	По функциональному принципу
23	По функциональному принципу	По функциональному принципу
24	По ситуативному принципу	По категориальному принципу

Методика «Исключение лишнего» экспериментальная группа

Пациент	До терапии	После терапии
1	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
2	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
3	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
4	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
5	По категориальному признаку	По категориальному признаку
6	По категориальному признаку	По категориальному признаку
7	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
8	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
9	По категориальному признаку	По категориальному признаку
10	По категориальному признаку	По категориальному признаку
11	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
12	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку

13	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
14	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
15	По категориальному признаку	По категориальному признаку
16	По категориальному признаку	По категориальному признаку
17	По категориальному признаку	По категориальному признаку
18	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
19	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
20	По категориальному признаку	По категориальному признаку
21	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
22	По категориальному признаку	По категориальному признаку
23	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
24	По ситуационному признаку	По категориальному признаку

Методика «Исключение лишнего» контрольная группа

Пациент	До терапии	После терапии
1	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
2	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
3	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
4	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
5	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
6	По категориальному признаку	По категориальному признаку
7	По категориальному признаку	По категориальному признаку
8	По категориальному признаку	По категориальному признаку

9	По категориальному признаку	По категориальному признаку
10	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
11	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
12	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
13	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
14	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
15	По категориальному признаку	По категориальному признаку
16	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
17	По категориальному признаку	По категориальному признаку
18	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
19	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
20	По категориальному признаку	По категориальному признаку
21	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
22	По ситуационному признаку	По ситуационному признаку
23	По ситуационному признаку	По категориальному признаку
24	По ситуационному признаку	По категориальному признаку

Методика «Пиктограммы» экспериментальная группа

Пациент	До терапии	После терапии
1	Абстрактные	Конкретные
2	Абстрактные	Конкретные
3	Метафорические	Конкретные
4	Абстрактные	Конкретные
5	Абстрактные	Конкретные
6	Сюжетные	Конкретные
7	Метафорические	Метафорические

8	Сюжетные	Конкретные
9	Абстрактные	Конкретные
10	Абстрактные	Конкретные
11	Метафорические	Метафорические
12	Абстрактные	Абстрактные
13	Абстрактные	Конкретные
14	Метафорические	Конкретные
15	Сюжетные	Конкретные
16	Метафорические	Метафорические
17	Сюжетные	Конкретные
18	Абстрактные	Конкретные
19	Абстрактные	Конкретные
20	Абстрактные	Конкретные
21	Абстрактные	Конкретные
22	Абстрактные	Сюжетные
23	Метафорические	Метафорические
24	Абстрактные	Конкретные

Методика «Пиктограммы» контрольная группа

Пациент	До терапии	После терапии
1	Абстрактные	Абстрактные
2	Сюжетные	Сюжетные
3	Сюжетные	Абстрактные
4	Абстрактные	Абстрактные
5	Абстрактные	Абстрактные
6	Абстрактные	Абстрактные
7	Сюжетные	Метафорические
8	Метафорические	Метафорические
9	Метафорические	Абстрактные
10	Абстрактные	Сюжетные
11	Сюжетные	Сюжетные
12	Абстрактные	Абстрактные
13	Абстрактные	Метафорические
14	Абстрактные	Метафорические
15	Метафорические	Метафорические
16	Метафорические	Метафорические
17	Абстрактные	Метафорические

18	Сюжетные	Сюжетные
19	Абстрактные	Абстрактные
20	Абстрактные	Абстрактные
21	Абстрактные	Метафорические
22	Метафорические	Метафорические
23	Абстрактные	Абстрактные
24	Абстрактные	Абстрактные

Пациент 1. Рисунок ДО терапии

Приложение 3



Пациент 1. Рисунок ПОСЛЕ терапии

Пациент 2. Рисунок ДО терапии



Пациент 2. Рисунок ПОСЛЕ терапии



Пациент 3. Рисунок ДО терапии



Пациент 3. Рисунок ПОСЛЕ терапии

Пациент 4. Рисунок ДО терапии



Пациент 4. Рисунок ПОСЛЕ терапии





Пациент 5. Рисунок ДО терапии



Пациент 5. Рисунок ПОСЛЕ терапии



Пациент 6. Рисунок ДО терапии



Пациент 6. Рисунок ПОСЛЕ терапии